

313

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 juillet 1893, à 1 heure

Par MARC BERMAN

Né à Ki.w (Russie), le 22 octobre 1860

TRAITEMENT
DE LA PNEUMONIE GRAVE

PAR LES

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { CORNIL, professeur.
 { ROGER, CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 juillet 1893, à 1 heure

Par MARC BERMAN

Né à Kiew (Russie), le 22 octobre 1860

TRAITEMENT

DE LA PNEUMONIE GRAVE

PAR LES

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { CORNIL, professeur.
 { ROGER, CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJÉRINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0042

TRAITEMENT
DE LA PNEUMONIE GRAVE

PAR LES

Injectons sous-cutanées d'essence de térébenthine

En abordant ici le traitement de la pneumonie grave par la méthode de M. Fochier, nous n'ignorons pas la difficulté du sujet.

Les observations ne sont pas jusqu'à présent bien nombreuses, et il nous faut apporter une certaine réserve dans notre jugement.

Il s'agit, en effet, de thérapeutique. Or, rien n'est tellement discuté que les résultats d'une médication, résultats dont il faut apporter des preuves indéniables, pour qu'on n'en puisse mettre en doute l'efficacité ; c'est affaire de jugement et d'impression personnelle.

Nous nous permettons de citer à l'appui de cette assertion un passage de la thèse d'agrégation de M. Renault, qui a pour titre : « *La Révulsion* ». M. Renault, parlant de l'utilité de la révulsion, dit : « La critique exige des « preuves rigoureuses de l'efficacité des révulsifs, qu'on

« est souvent embarrassé de fournir. On peut toujours se
« demander s'il est certain, que l'affection abandonnée à
« elle-même n'aurait pas guéri. Mais qu'on y fasse atten-
« tion : cette question n'atteint pas seulement les révulsifs
« elle a une portée plus générale et elle ne tend à rien,
« moins qu'à mettre en suspicion la thérapeutique tout
« entière. »

Il nous reste à accomplir un devoir agréable ; c'est d'exprimer à M. le professeur Dieulafoy, avec l'empressement que mérite la grande bienveillance qu'il a eue pour nous, tous nos remerciements et toute notre reconnaissance. Il nous a permis de consulter les observations qu'il possède sur les injections de térébenthine dans la pneumonie grave, et qui forment la base de notre modeste travail. Qu'il veuille accepter cet humble témoignage de notre gratitude.

Nous adressons aussi nos remerciements à M. le Dr Rénon pour ses bons conseils.

ORIGINE DU NOUVEAU TRAITEMENT

En août 1891, M. le professeur Fochier publiait un article intitulé : « *Thérapeutique des infections pyogènes généralisées* », où il conseillait de provoquer des abcès artificiels dans des cas de fièvre puerpérale grave.

L'opinion, émise par M. Fochier, a trouvé des adhérents, et, dans la discussion provoquée par son rapport à la Société Obstétricale de France, MM. Salmon et Thierry ont soutenu que leurs observations les portent à approuver complètement les faits relatés par M. Fochier, et que leurs propres expériences sur les abcès artificiels étaient très encourageantes.

M. Fochier expliquait son idée par le fait qu'il avait eu bon nombre d'observations de fièvre puerpérale grave, où l'apparition d'une suppuration localisée (soit un phlegmon du sein ou de la fosse iliaque ou d'une autre région) amenait une amélioration soudaine dans l'état de la malade.

Mais comme ces abcès constituent à eux seuls une affection grave et plus immédiatement menaçante que l'infection généralisée, quand ils ne sont pas facilement accessibles ou inaccessibles au chirurgien, l'idée est venue à M. Fochier de provoquer des abcès artificiels sous-cutanés qui sont faciles à traiter.

En apportant cette nouvelle méthode, M. Fochier nous

dit qu'il est d'avis que toutes les infections pyogènes généralisées sont justiciables de ce traitement.

Par infection pyogène généralisée, M. Fochier entend une maladie, où l'on peut voir se produire à la fois plusieurs abcès dans divers organes ou dans différentes régions du corps. Le type de ces maladies est l'infection purulente. Toutes les septicémies simples ou complexes, l'érysipèle, l'ostéomyélite aiguë rentrent dans le même groupe; ensuite viennent les maladies dans lesquelles on ne voit habituellement aucune tendance à la suppuration, mais qui deviennent dans certaines circonstances des infections pyogènes généralisées, telles que la grippe, la fièvre typhoïde et la pneumonie.

Malgré tout l'intérêt que présentait la communication de M. Fochier, on n'a pas poursuivi ses expériences dans le domaine de la fièvre puerpérale, aucun autre, à notre connaissance, n'a fait ni rapport ni publication à ce sujet.

Et c'est seulement dans plusieurs cas de pneumonie grave que la nouvelle méthode a été appliquée et a provoqué une discussion très animée et une série de publications où les auteurs donnaient des appréciations très différentes tant sur le mode d'action que sur la valeur des injections de térébenthine.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE LA QUESTION

M. le professeur Fochier appelle les abcès artificiels qu'il provoque *abcès de fixation*, parce qu'il croit que le virus pathogène se transporte dans ces abcès.

Telle n'est pas l'opinion de M. le professeur Dieulafoy, qui est plutôt porté à penser que ces abcès seraient des *abcès de dérivation*, une révulsion très intense sur la périphérie.

Pour arriver à avoir une idée exacte sur ce point il faut avant tout, déterminer le sens de l'expression : *Révulsion*.

M. Raynaud dans sa thèse pour l'agrégation en médecine en 1866 s'exprime de la façon suivante :

« Pour qu'il y ait dans la rigueur des termes une « révulsion il faut que l'affection nouvelle soit d'une « nature différente de l'affection première. »

La métastase, au contraire, est caractérisée par la présence des mêmes germes pathogènes que l'affection primitive. Ainsi en est-il des abcès critiques, qui ne sont que des métastases et qui contiennent une grande quantité de microbes de la suppuration. Ces métastases suppuratives peuvent être aussi accidentellement ou artificiellement provoquées et former ainsi des *abcès de fixation*. Le rôle de ces abcès de fixation serait d'atténuer l'infection générale par la production d'une lésion locale.

La pneumonie, nous le savons, est occasionnée par l'invasion et le développement de microbes ; l'infection pneumonique est due au pneumocoque. On trouve, en outre, dans les foyers pneumoniques le streptocoque, le staphylocoque pyogène doré. Nous ne connaissons pas actuellement de pneumonie amicrobienne.

D'un autre côté, les recherches bactériologiques n'ont amené la découverte d'aucun microbe dans l'abcès artificiel. Et si on a trouvé dans quelques cas des microbes c'est que l'on n'avait pas pris de précautions antiseptiques pour l'injection d'essence de térébenthine.

De sorte que nous pensons, comme M. Dieulafoy, qu'il n'existe aucune preuve de fixation d'un virus quelconque dans le phlegmon artificiel et qu'il serait plus rationnel de nommer les abcès en question *abcès de dérivation*.

M. Chantemesse, n'ayant pas trouvé de microbes dans les abcès artificiels, et n'ayant pu ainsi les comparer aux abcès critiques des anciens auteurs, décline également l'opinion de M. Fochier, et pense qu'il serait injuste de les nommer abcès de fixation.

M. Chantemesse s'adressa à une autre hypothèse : on sait, d'après les travaux de M. Brouardel, que les abcès qui surviennent dans la convalescence de la variole sont précédés d'une leucocytose qui aiderait l'organisme à lutter contre l'infection générale ou locale, en amenant sur le champ de bataille de nouveaux combattants capables de détruire les microbes.

Cette élévation du nombre des leucocytes accompagne la plupart des maladies infectieuses, et certaines maladies, la pneumonie par exemple, ont un pronostic d'au-

tant plus favorable que la leucocytose est plus abondante (Tchistovich).

C'est à cette hypothèse qu'eut recours M. Chantemesse pour expliquer le mode d'action des abcès artificiels dans la pneumonie.

L'idée était très séduisante, mais malheureusement les faits ne l'ont pas confirmée. M. Chantemesse n'a pas, en effet, trouvé une augmentation dans le nombre des leucocytes.

Mais, comme le dit M. Laveran, cette leucocytose abondante n'est pas du tout nécessaire pour expliquer le mode d'action favorable des injections d'essence de térébenthine.

Au contraire, l'afflux des leucocytes dans un organe, aussi nécessaire à la vie que le poumon, peut devenir un grand danger ; on ne peut donc pas se rapporter aux phagocytes du soin de sauver l'organisme, il y a lieu de régler leur action, de modérer leur afflux, de faire en un mot de la révulsion et de la dérivation, toutes les fois qu'une pneumonie menace d'entraîner la mort par suppuration ou par asphyxie.

Nous ne faisons que citer l'opinion de M. Révilliod, qui pense que l'essence de térébenthine injectée attire les leucocytes avec les microbes, mais, comme elle est puissamment antiseptique, elle les détruit. Cette opinion ne saurait être affirmée, car nous ne sommes en état, ni de conclure avec l'auteur, ni de prouver le contraire.

Il nous semble, qu'il ne faut pas non plus attribuer l'action des injections irritantes, à la térébenthine elle-même, mais à l'abcès qu'elle produit.

Nous savons, d'une part, que plusieurs observateurs ont vu les mêmes résultats après la formation d'abcès spontanés ou accidentels. D'autre part, on est arrivé à produire les mêmes phlegmons avec des injections de sulfate de quinine, de solution de nitrate d'argent, comme l'ont fait MM. Fochier, Salmon et Thierry.

Si on emploie actuellement l'essence de térébenthine c'est parce que les substances indiquées plus haut donnent rarement lieu à la suppuration : et dans le cas où la suppuration se produit elle est trop peu abondante et ne se manifeste que tardivement.

L'essence de térébenthine, au contraire, possède une supériorité évidente : son action pyogène est plus satisfaisante, et de plus, quand on l'injecte, elle donne un abcès amicrobien.

Rien ne nous autorise encore à croire que la térébenthine en injection sous-cutanée ait une action autre qu'une manifestation locale sous la forme d'un abcès.

Au contraire, la térébenthine ne paraît pas se résorber, car on a constaté sa présence dans l'abcès par son odeur caractéristique quinze jours après son injection.

Aucun des observateurs enfin n'a remarqué son élimination, ni par les urines, ce qui se reconnaît à l'odeur de violette, ni par l'air expiré, ni par la sueur.

Personne non plus n'a vu d'intoxication faisant suite à l'introduction de térébenthine.

Ajoutons encore qu'on n'a pas constaté que la térébenthine injectée exerçait une action quelconque sur l'organisme, quand son action locale faisait défaut, c'est-à-dire quand l'abcès ne se produisait pas.

De sorte que nous croyons que c'est à l'abcès artificiel qu'il faut attribuer l'action favorable qui s'est produite dans plusieurs cas de pneumonie grave, et que cette action serait de la révulsion, de la dérivation.

Du reste, M. Fochier, à ce qu'il nous semble, n'éloigne pas tout à fait l'idée de révulsion. Ainsi, en parlant du lieu d'injection, il dit :

« Il est utile de déterminer ces abcès dans des points
« où ils puissent avoir ce qu'on connaît sous le nom d'ac-
« tion révulsive. »

Observations d'abcès accidentels.

OBSERVATION I

Par J. H. R. Toubert. (*Arch. de Méd. et de Pharm. Militaires. Mars*
1893.

Le malade dont il s'agit est un nommé Enj..., réserviste au 3^e régiment d'artillerie, âgé de 27 ans. C'est un homme vigoureux, sans antécédents morbides. Appelé pour une période de 28 jours, il fit son service, assez pénible du reste, d'employé aux hangars de constructions, jusqu'au 27 octobre. Ce jour-là, il se sentit fatigué et à 11 heures du matin, M. le médecin-major Julié fut appelé d'urgence auprès de cet homme qui venait d'être pris d'un grand frisson. L'état général du malade, la température élevée (39°,3) suffirent pour déterminer son entrée à l'hôpital le jour même.

Le 28. — Au matin, Enj... attire l'attention sur une douleur très vive, localisée au côté droit, constante, mais s'exagérant avec les mouvements respiratoires. T. 39°,4. A l'auscultation, on constate l'existence de râles crépitants très fins à la base du poumon droit.

Ces râles s'entendent par bouffées à certains moments, puis disparaissent pendant quelques instants. La matité est presque absolue, les vibrations thoraciques sont exagérées à la base droite.

Le soir, à l'heure de la contre visite, T. 39°,6. On trouve du souffle à la base du poumon ; les crachats, assez abondants, sont visqueux, aérés, couleur de rouille. Il n'existe pas de dyspnée ; l'état général est bon : pas de prostration, pas de délire.

Le 29. — Même état local et général. T. 39°,2 le matin et 39°,8 le soir.

Le 30. — Au matin, T. 38°,9. Le souffle a disparu ; il est remplacé par un râle humide, à grosses bulles, s'entendant très bien aux deux temps de la respiration qui est certainement un râle sous-crépitant de retour.

Le soir, la fièvre atteignit 40°,2. M. le médecin-major Julié cherchait en vain dans l'état des divers viscères la cause de cette hyperthermie, quand le malade attira son attention sur une plaque rouge qui était apparue sans cause appréciable, à la partie supérieure de l'avant-bras gauche. Cette plaque occupait toute la largeur de la face antérieure du membre. Sa couleur rappelait absolument celle de l'érysipèle, mais ni l'œil ni le doigt n'avait la sensation d'un rebord en relief à sa périphérie. On prescrivit l'enveloppement antiseptique du membre.

Le 31 au matin. T. 39°,2. Mêmes signes que la veille à l'auscultation du poumon. La plaque de l'avant-bras était plus étendue, d'aspect phlegmoneux, de couleur plus foncée au centre, rénitente, mais sans fluctuation nettement perceptible. Le soir. T. 38°,6. Une sensation obscure de fluctuation suffit pour décider l'intervention : l'incision au bistouri amène l'écoulement d'une petite quantité de pus strié de sang. Pansement antiseptique.

Le 1^{er} novembre. — Matin. T. 37°,2. Les râles de retour ne

s'entendent plus, la matité a disparu presque complètement. L'état général est excellent. Le phlegmon rétrocede.

Du 1^{er} au 3 novembre.— La température oscille entre 37°,2 et 37°,7.

Le 5. — Le malade sortit de l'hôpital tout à fait guéri de sa pneumonie et de son phlegmon.

Voici les réflexions que fait M. Toubert :

« Ce cas est remarquable par sa rapidité d'évolution.
« L'incubation a duré à peine un jour ; c'est le 26 que
« Enj... s'est mouillé en revenant des hangars sous la
« pluie, c'est le 27 que la pneumonie a débuté clinique-
« ment. La maladie a duré quatre jours ou cinq au ma-
« ximum : le grand frisson a nettement marqué le début,
« la défervescence brusque (abaissement de 3° en 36
« heures) a indiqué on ne peut mieux la fin, annoncée
« déjà la veille par les râles de retour. Toutefois, cette
« brièveté de l'affection, quoique exceptionnelle, n'a rien
« d'anormal, et les classiques signalent la possibilité
« de la défervescence au cinquième jour.

« C'est un fait d'un autre genre qui donne de l'intérêt
« à cette observation. En effet, d'une part, la liquéfac-
« tion de l'exsudat fibrineux, traduite cliniquement par
« des râles humides, a coïncidé rigoureusement avec l'ap-
« parition d'un phlegmon de l'avant-bras. D'autre part,
« l'hyperthermie, qui a accompagné et signalé la forma-
« tion de l'abcès a été de très courte durée ; la présence du
« pus, en outre, n'a pas modifié la courbe classique de
« la défervescence pendant les 24 heures qui ont précédé
« l'incision du phlegmon. »

OBSERVATION II

Par M. le professeur L. Revilliod (*Rev. Méd. de la Suisse romande*
du 20 septembre 1892).

R... Marguerite, 71 ans, vieille femme cachectique, épuisée par un catarrhe chronique et une existence de travaux pénibles et de privations est apportée à l'hôpital cantonal de Genève le 22 avril 1892, pour une broncho-pneumonie double qui a revêtu d'emblée un caractère très grave. La respiration est soufflante au sommet gauche et à la base droite ; partout ailleurs existent des râles humides et des ronchus. Elle ne tousse et ne crache pas. Elle a de l'oppression, de l'œdème des extrémités inférieures, des vomissements, une diarrhée incoercible. Elle va sous elle. La température ne dépasse pas 39°,3, étant modérée par une tendance à l'algidité. Resp. : 48. Le pouls est misérable, presque imperceptible. Cet état va en empirant jusqu'au 27 avril. Ce jour-là, la malade est froide, défaillante et dit qu'elle se sent mourir. Dès son entrée elle avait été mise à un traitement tonique, avec ventouses sèches, piqûres de caféine et d'éther camphré, etc., le tout sans résultat.

C'est dans ces circonstances que se développa un *phlegmon* de la partie latérale supérieure gauche du cou. Or, à mesure que ce *phlegmon* se formait on pouvait constater que l'état général se remontait.

Le 9 mai, l'abcès est mûr. On donne un coup de lancette qui aisse écouler une grande quantité de pus mêlé de lambeaux de tissu cellulaire mortifié. Peu après la malade peut tousser et rendre de gros crachats épais verdâtres ; les râles sont plus humides ; les foyers pneumoniques se concentrent à la moitié inférieure droite. L'abcès se cicatrise assez vite et la marche vers la guéri-

son, tant pour l'état général que pour les signes locaux, se fit graduellement jusqu'au 20 juin, jour de l'exéat.

OBSERVATION III

Par M. le professeur L. Revilliod (*Rev. méd. de la Suisse romande* du 20 septembre 1892).

Jean T..., 32 ans, charbonnier, alcoolique, absinthique, entre à l'hôpital le 16 avril 1892, au cinquième jour d'une forte pneumonie droite, T. 40°5. La température baisse à partir du dixième jour, mais l'état du malade continue à s'aggraver, il est caractérisé par l'ataxe-adynergie, du délire, des sueurs froides et visqueuses, la langue sèche et fétide, le regard terne; sa faiblesse est telle qu'on n'ose asseoir le malade crainte de le voir *défaillir*.

Cet état persiste malgré un traitement énergique intra et extra (quinquina, musc, acétate d'ammoniaque, éther, piqûres de caféine et d'éther camphré) jusqu'au quinzième jour. La formation d'un abcès térébenthiné semblait assez indiquée et on hésitait chaque jour à le provoquer, lorsque survint une amélioration inespérée dans l'état subjectif et objectif de notre malade qui sort de la somnolence pour accuser une vive douleur au mollet droit. On constate que celui-ci est le siège d'une tuméfaction phlegmoneuse forment une saillie comme un gros œuf de poule. Considérant ce phénomène comme la manifestation d'un abcès critique d'une fixation naturelle et spontanée, il n'y avait plus lieu de créer une fixation artificielle. L'effet désiré s'était, comme dans le cas précédent, produit de lui-même.

La pneumonie, qui avait été en imminence d'hépatisation grise se résorba grâce au phlegmon développé spontanément au membre inférieur.

OBSERVATION IV

Du Dr Boffard, rapportée par M. le Dr Turel (*Dauphiné Méd.*, février 1893).

F..., 40 ans, ouvrier des papeteries des Gorges à Domène, est pris d'un violent frisson le 28 décembre 1891. Puis surviennent un point de côté à gauche, une dyspnée intense, de la toux, une fièvre vive. Enfin râles crépitants à la base gauche : le diagnostic de pneumonie s'impose. Le cortège ordinaire des symptômes évolue les jours suivants avec une grande intensité, avec râles trachéaux, refroidissement des extrémités.

Le 1^{er} janvier 1892. — A 5 heures du matin, le Dr Turel est appelé en toute hâte : le malade a les extrémités froides, il est baigné de sueur, râles trachéaux, état syncopal. Le docteur pratique des injections d'éther et des injections de caféine. La situation s'améliore vers les 10 heures du matin.

L'état empire de nouveau le 3 janvier : Dyspnée intense, sueurs, crachats visqueux, jus de pruneaux, abondants, fuliginosité des lèvres et des fosses nasales. Le lobe supérieur droit se prend à son tour, délire bientôt suivi de nouveau d'une adynamie profonde.

Le 4 janvier. — Au soir le malade est considéré comme perdu.

Le 5. — Au matin, le Dr Turel retrouve son moribond de la veille ayant recouvré la parole et se plaignant d'une vive douleur au bras droit. Il est constaté là une rougeur assez étendue, très douloureuse, au niveau des injections faites les jours précédents sans grandes précautions antiseptiques évidemment. *Un phlegmon très net évolue les jours qui suivent, en même temps que s'amendent avec rapidité les symptômes généraux et locaux de la pneumonie.*

OBSERVATION V

Par le Dr Franc (de Sarlat), ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris (*Journal de Médecine de Bordeaux*, du 10 juillet 1892).

Il s'agit d'une femme âgée de 62 ans, atteinte de pneumonie double, très grave, arrivée à la période de suppuration et au sujet de laquelle le Dr Franc prévoyait un dénouement fatal. De nombreuses injections sous-cutanées de caféine à haute dose et d'éther avaient été pratiquées. Mais la malade habitant la campagne, ces injections furent faites en grande partie par des aides inexpérimentés ; d'où la production du douzième au dix-huitième jour de nombreux abcès (7 ou 8 au moins), dont un très volumineux, qui nécessitèrent plusieurs incisions et qui firent interrompre la médication sous-cutanée. A cette époque, il considérait cet accident comme une complication pour le moins désagréable.

« Ne serait-on pas en droit de rapprocher cette observation des autres cas déjà mentionnés ? » ajoute M. le Dr Franc.

Nous reproduisons ces cinq observations d'abcès spontanés ou accidentels dans la pneumonie grave. Ces abcès, d'après les auteurs, qui ont publié ces cas, ont contribué largement à la guérison des malades. Nous croyons devoir rapprocher l'action de ces abcès accidentels de celle des abcès artificiels. Les résultats identiques donnés par les premiers et les derniers sont encore une preuve de plus, que l'action des injections d'essence de térébenthine est due non à la térébenthine, mais à l'abcès qu'elle produit.

Observations d'abcès artificiels.

OBSERVATION I

Par M. le professeur Dieulafoy (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 25 mars 1892).

Une femme de 47 ans entre dans le service de M. Dieulafoy à Necker, le 25 février 1892, pour une grippe, qu'elle traînait depuis un mois environ. Les frissons, la céphalée, la toux, les vomissements avaient été les symptômes dominants, mais depuis la veille, une douleur vive est apparue au côté droit de la poitrine avec dyspnée intense ; râles crépitants et souffle bronchique à la partie moyenne du poumon droit. Les autres organes sont sains.

Le 25 février. — Au soir la température atteint 40° ; prostration grande, délire. L'agitation s'accroît ; la pneumonie a gagné d'une façon diffuse tout le poumon droit. Crachats rouillés, visqueux, adhérents.

Le 26. — On constate, en outre, un début de congestion pulmonaire, à la base du poumon gauche. La température vespérale atteint 40°. Le pouls est à 120. *Au total, double pneumonie grippale à tendance ataxo-adynamique précoce.*

Le 27. — L'état général s'est aggravé. Pouls petit, de mauvaise qualité, à 140 ; trente-huit respirations par minute. La malade a déliré ; elle répond à peine quand on l'interroge ; adynamie profonde ; crachats grisâtres, purulents, jus de pruneaux, et témoignant du passage de la pneumonie à l'hépatisation grise.

Les différents traitements institués (toniques surtout) ayant absolument échoué, M. le professeur Dieulafoy pense qu'il pourrait être utile de pratiquer des injections sous-cutanées d'essence

de térébenthine, et le soir, à quatre heures, en présence de l'état tout-à-fait grave de la malade, dont le pouls misérable était à 150, en raison de l'état ataxo-adyynamique, qui semblait du plus funeste augure, M. le professeur Dieulafoy se décide aux injections:

Avec la seringue de M. Roux, stérilisée, on pratique à la partie externe et moyenne des deux cuisses et à la région deltoïdienne des deux bras une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine, soit quatre centimètres cubes pour les quatre injections. Celles-ci ont été faites, autant que possible dans la zone cellulaire sous-cutanée, mais il est probable que les injections aux cuisses ont atteint la couche inférieure du derme.

Ces injections ont provoqué une douleur extrêmement vive, qui a duré deux heures environ à l'état très aigu.

Le lendemain matin, 28 février, on constate une légère amélioration : dyspnée moins vive, pouls à 130. L'auscultation donne, à peu de chose près, les mêmes renseignements que la veille.

Les régions qui ont été le siège des injections présentent un empâtement œdémateux, blanchâtre, diffus, plus étendu aux cuisses qu'aux bras, et de la dimension d'une main d'enfant environ.

Le soir, la température monte encore à 39°,6; mais, bien que les crachats soient toujours purulents et jus de pruneaux, l'amélioration semble s'accentuer.

Le 29. — La dyspnée a presque disparu; la malade a reposé une partie de la nuit; le pouls est toujours à 130, mais il est plus fort que la veille, la langue est plus humide, la prostration a totalement disparu. Les râles et le souffle du côté droit ont perdu de leur intensité. Des râles sous-crépitaux persistent du côté gauche.

A la région des injections, la tuméfaction s'est accentuée, mais la coloration blanchâtre a fait place à une teinte bronzée, sillonnée de travées presque violacées, rappelant l'aspect des phlegmons gangréneux. On ne trouve pas encore traces de fluctuation.

Le 1^{er} mars. — L'état de la malade s'améliore franchement. Le pouls est à 110; les râles du poumon gauche ont presque disparu. Il reste au poumon droit un léger souffle et des râles gros et humides dans presque toute son étendue. Les régions des injections ont un aspect livide et violacé qui donnent une certaine inquiétude sur l'issue de ces phlegmons d'apparence gangreneuse; quelques phlyctènes ont même apparu.

Le 2. — La malade est en pleine défervescence. Son état général est excellent. L'expectoration est composée de crachats muqueux, bien aérés. A dater de ce moment, du reste, la fièvre n'a plus reparu, quoique l'évolution des quatre phlegmons eût abouti à la purulence, comme nous allons le voir.

Le 3. — L'amélioration continue. On ne trouve plus que des gros râles muqueux disséminés dans le poumon droit. L'état des parties phlegmoneuses ne s'est pas modifié.

Le 4. — Bien que la fluctuation ne soit pas encore manifeste au niveau des phlegmons, on pratique néanmoins, avec la seringue de Roux stérilisée, une série de ponctions profondes qui permettent de retirer du pus avec lequel on essaie des cultures qui restent stériles.

Le 5. — La malade commence à manger.

Le 10. — L'état est tout-à-fait bon. Fluctuation très nette au niveau des quatre phlegmons. On les ouvre, et un pus franchement phlegmoneux et abondant s'en écoule. Aux cuisses, le pus paraît moins franchement collecté; il est en partie infiltré dans les aréoles du derme (Les incisions et les pansements consécutifs ont été faits, bien entendu, avec toute la rigueur antiseptique).

On essaie de nouvelles et très nombreuses cultures avec le pus

retiré de ces quatre phlegmons : mêmes résultats négatifs que précédemment. Une seule culture a donné du *staphylococcus albus*, mais elle avait été pratiquée non pas avec du pus des parties profondes, mais avec la sérosité louche d'une phlyctène sous-cutanée.

Le 18 mars. — Les phlegmons des épaules sont presque guéris ; de nouvelles cultures essayées à cette date restent encore stériles. Les phlegmons des cuisses, celui du côté gauche notamment, se sont terminés par une eschare qui a été éliminée quelques jours après sans incidents.

En résumé, voilà une femme atteinte de double localisation broncho-pulmonaire, d'origine grippale, à forme ataxo-adynamique et arrivant à la période de suppuration. *Cette malade, dont l'état semblait désespéré, s'est rapidement améliorée sous l'influence, croyons-nous, de quatre phlegmons absolument amicrobiens, déterminés par les injections d'essence de térébenthine.*

Il est à noter que pendant toute cette phase de suppuration violente, suraiguë, la température ne s'est même pas élevée d'un dixième de degré, l'absence de fièvre a été absolue.

OBSERVATION II

De M. R. Lépine, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon
(*Semaine Médicale*, 27 février 1892).

Il s'agissait d'un homme de 36 ans, bien portant habituellement, qui fut pris, le matin du 16 janvier, d'une pneumonie. Admis le même jour dans le service, il présentait, le lendemain matin de la fièvre (40°,2), un pouls rapide et *faible*, de la matité, du souffle et des râles crépitants dans le tiers inférieur du poumon droit, des crachats visqueux, colorés, et un peu d'albuminurie.

Les jours suivants, persistance de la fièvre sans oscillations, extension de la pneumonie qui ne tarda pas à gagner la partie supérieure du poumon.

A deux reprises (le 2^e jour de la pneumonie le 4^e) on lui administra quatre milligrammes de digitaline cristallisée de Nativelle. Elle produisit, surtout la deuxième fois, un léger abaissement de la température et accrut notablement, mais passagèrement, la force du pouls.

Malgré ce traitement énergique, l'état au cinquième jour de la maladie avait beaucoup empiré et la respiration atteignait le chiffre de 80 par minute ! ce qui tenait à la fois à l'envahissement de presque tout le poumon droit, et à une congestion intense du poumon gauche avec bronchite concomittante, caractérisée par de nombreux râles sibilants et sous-crépitants. La température dépassait 40°,5.

En cet état de choses, bien que l'adynamie fut assez prononcée et qu'il n'y eût, sauf l'augmentation de la matité cardiaque, pas de signes bien évidents d'un engorgement du cœur droit (les jugulaires n'étaient pas tuméfiées et le foie ne débordait pas les fausses côtes), on tenta, en égard à la dyspnée, une émission sanguine : on retira un peu plus de 300 grammes de sang au malade, sans autre résultat qu'une légère amélioration de la dyspnée et un abaissement temporaire de température le lendemain matin. On n'a pu tirer davantage de sang, parce que le pouls faiblissait, et il paraît d'ailleurs certain qu'une soustraction plus considérable de sang n'aurait amené aucun résultat favorable.

Malgré l'administration de trois milligrammes de digitaline cristallisée immédiatement après la saignée et plusieurs injections de caféïne, le pouls le lendemain était faible. Le surlendemain la température était remontée au-dessus de 40° ; les respirations étaient au nombre de 68 par minute ; l'état général ne s'était pas amélioré.

Les trois jours suivants (8^e, 9^e et 10^e de la maladie), malgré un abaissement de la température, l'état devint de plus en plus mauvais : le malade se mit à délirer chaque nuit. Le jour l'adynamie était extrême, les crachats jusqu'alors visqueux devinrent *franchement purulents*. A la vérité, le souffle avait disparu et on entendait de gros râles à l'auscultation du poumon droit ; mais il n'y avait, en fait, pas plus résolution que véritable défervescence malgré la diminution de la fièvre : le malade était évidemment dans cette période bien connue qui précède immédiatement l'hépatisation grise, si tant est que celle-ci ne soit pas déjà sur certains points effectuée. Quand on a occasion de faire l'examen anatomique du poumon à cette période, ce qui frappe plutôt que l'infiltration purulente, c'est la décoloration de l'hépatisation, d'où le nom de l'hépatisation jaune que Rindfleisch a imposé à ce stade.

Le malade était donc arrivé au douzième jour de la maladie, et l'état ne faisait qu'empirer : nulle apparence de résolution et d'autant moins d'espoir de défervescence tardive que, depuis 36 heures, la température accusait de nouveau une ascension progressive. Le malade était au plus mal. C'est dans ces circonstances que, n'ayant évidemment rien à perdre, M. Lépine résolut d'essayer la méthode de M. Fochier.

Le 27 janvier (matin), douzième jour de la maladie, on injecta sous la peau, aux quatre membres, avec une seringue de Pravaz, un centimètre cube d'essence de térébenthine. Le soir, la température s'éleva de deux dixièmes de degré (39°,3).

Le lendemain matin, empâtement un peu douloureux, diffus à la place où avaient été faites les injections ; la température n'était que de 38°,7 ; le soir de 38°,5 seulement.

Les jours suivants, l'empâtement phlegmoneux au niveau des piqûres s'accroît davantage ; la température s'élève un peu ; elle oscille entre 38°,5 et 39°. Les phlegmons en sont sans doute

la cause ; car le jour même où on les incisa, 2 février dix-huitième jour de la maladie, la température tomba définitivement au-dessous de 38°, et, depuis lors elle, a régulièrement oscillé entre 37°,4 et 37°,8. Quant à l'hépatisation du poumon droit, progressivement elle s'est résolue : la matité a diminué ; les râles sont devenus plus rares et, aujourd'hui, ils ont complètement disparu. La sonorité est normale dans toute la hauteur, et c'est à peine si une oreille prévenue peut percevoir un peu de diminution du murmure dans le côté droit.

L'état général est excellent : avant même l'incision des abcès le malade mangeait ; depuis il a repris son poids anormal. Bref, au double point de vue de l'état général et de l'état local, le malade est évidemment *guéri*.

M. le professeur Lépine, en faisant son intéressante communication à la Société Médicale de Lyon, ajoute :

« Je suis, pour ma part, convaincu que, dans ce cas, la formation d'abcès sous-cutanés a sauvé le malade. »

OBSERVATION III

De M. le Dr P. Olivier, professeur de Clinique médicale à l'École de médecine de Rouen. *Bulletin médical*, 6 juillet 1892.

Il s'agit d'une pneumonie chez un homme de 54 ans, débile, pâle, ayant eu, à 17 ans, une fièvre typhoïde, la grippe il y a deux ans, avec pneumonie, à cette époque. Dans tous les cas, santé délicate depuis ce moment. Le 25 mars, malaise dans l'après-midi. Le 26, frissons répétés, point de côté à gauche, en arrière du mamelon, toux, oppression, soif, inappétence, insomnie.

Il entre à l'Hôtel-Dieu le 27 mars 1892.

Très oppressé à son entrée, avec respiration fréquente. Pas de modification du son à la percussion, vibrations normales. Il présente à l'auscultation du souffle en arrière, à gauche, occupant les 2/3 environ du poumon, avec des râles crépitants, crachats sanguinolents.

Rien au cœur. Pas d'albumine dans l'urine. T. a. 39°6. Potion de Todd, vésicatoire.

Les 28, 29. — La pneumonie s'élève en hauteur et dans l'aisselle, crachats ambrés, visqueux.

Les 30, 31 mars. — Délire la nuit, liqueur d'Hoffmann, acétate d'ammoniaque ; râles s'entendent en avant, ainsi que du souffle ; il y a de la matité jusque sous la clavicule. Les crachats sont, quelques-uns ambrés, la plupart purulents : la température qui avait, dès les premiers jours, oscillé entre 39°,6 et 39°,2, monte à 40°,2 le 1^{er} avril au soir. Resp : 64, P. : 92, faible. Langue sèche.

Le 2 avril au matin. — T. 40° avec mêmes symptômes de dépression, de délire. Resp. : 60. P. 100. Il ne parut pas prudent d'attendre plus longtemps la résolution d'une pneumonie parvenue, au moins en partie, à la période d'hépatisation grise, et l'on fit aux deux avant-bras et aux deux cuisses une injection d'une seringue de Pravaz d'essence de térébenthine.

La piqûre fut peu douloureuse et ne donna lieu à rien de particulier.

Le soir. T. 40°,2. Resp. 60. P. 100.

Le lendemain, 3 avril, malade affaibli. Resp. : 48. P. : 88°. T. 38°,6 le matin, 38°,8 le soir ; le délire continue.

Rougeur au niveau des piqûres, tension de la peau, œdème de la main.

Le 4. — T. 38°,2, P. 44°, R. 84°.

Le 5. — La matité persiste en avant, avec augmentation des vibrations et râles disséminés dans tout le poumon ; délire la

nuît, pas d'albumine dans l'urine ; la température remonte à 39°,2, le soir.

Le 6. — Sur du sang pris au médius gauche, on trouve une augmentation considérable de globules blancs, 10/50. Les phlegmons ont pris des proportions considérables aux bras : droit 11/23, gauche 17/16 centimètres.

Aux cuisses : droite 11/17, gauche 16/18. Ils donnent lieu à une douleur vive. A la palpation, on sent une sorte de mollesse, d'élasticité bien différente de la fluctuation et même de la sensation que donne au toucher le phlegmon diffus dont ils ont l'apparence extérieure. La peau est rouge sombre, et paraît dans plusieurs points, surtout au bras droit, menacée de gangrène.

Le 7. — Ouverture des phlegmons des deux avant-bras. Entre les lèvres de l'incision, qui mesure environ 5 centimètres, se présente une matière tremblotante, gélatiniforme, gris jaunâtre, mélangée de sang, et ayant quelque ressemblance avec des crachats purulents. On est obligé de presser de chaque côté de l'incision pour faire sortir le pus. T. 38°,8 le matin, 39°,6 le soir.

Le 9. — La température s'élève encore à 39°,8 ; mais à partir de ce moment, elle s'abaisse progressivement, de manière à être normale à partir du 13. Cette élévation de température, venant interrompre la défervescence, était évidemment due à la suppuration provoquée.

Le 11. — Le malade présente sur l'avant-bras gauche, à partir de l'incision, une rougeur diffuse, qui gagne l'épaule, le tronc, se présentant sous forme de plaques plus ou moins étendues, et dans certains endroits sous forme de papules rouges, sombres, ne s'effaçant pas complètement à la pression, ne s'accompagnant pas de gonflement ganglionnaire ni de douleur dans l'aisselle et les aînes. Eschare au siège. Le malade est placé sur le matelas d'eau. L'eschare est guérie sans complication le 20 avril.

Le 14. — Pansement au sublimé. En présence du décollement

qui persiste, on réunit successivement les plaies par un fil de catgut. La cicatrisation est complète le 23 avril. Il reste encore jusqu'au 1^{er} mai, un peu d'induration de l'avant-bras droit. L'état du malade est excellent ; il mange bien, ne tousse pas ; il a repris de l'embonpoint et des couleurs.

Voici quelques réflexions de M. Olivier au sujet de ce malade :

« Donc voici un malade, au huitième jour de sa pneumonie présentant depuis trois jours du délire, avec accélération extrême de la respiration (60 respirations par minute), de la prostration, avec température montant de 39° à 40°,2, en même temps que la phlegmasie pulmonaire s'étend à presque tout le poumon gauche, avec crachats purulents mêlés aux crachats du deuxième degré.

« Fallait-il considérer cette exacerbation comme pré-critique ? N'était-elle pas plutôt une exacerbation pré-léthale ? Et à moins d'attendre qu'il fût mort, était-il permis d'attendre ? Nous ne l'avons pas pensé. La température, malgré l'injection de térébenthine, restée à peu près stationnaire un jour encore, n'a baissé que le 4 au matin, c'est-à-dire deux jours après l'injection, tombant alors de 39°,8 à 38°2, au moment où la suppuration s'établit. »

OBSERVATION IV

De M. L. Bard, agrégé, médecin des hôpitaux (*Lyon Médical*, 17 avril 1892). Pneumonie lobaire du sommet droit.

L..., 49 ans, tailleur d'habits, entré le 25 février 1892 dans la salle Saint-Pierre ; sorti le 25 mars 1892.

Père mort à 49 ans, d'affection de la poitrine. Mère vivante ; trois frères et deux sœurs en bonne santé. Une sœur morte à 35 ans.

Pas de maladie dans l'enfance. Un peu d'alcoolisme. Tousse un peu pendant l'hiver depuis quatre ou cinq ans ; n'a jamais eu d'hémoptysie.

Il y a deux ans, le malade a eu l'influenza. Il n'a jamais gardé le lit. Pendant une quinzaine de jours, il a eu à cette époque chaque nuit de fortes quintes de toux, se répétant assez fréquemment pendant deux ou trois heures.

Son état s'est très amélioré et le malade s'est bien porté jusqu'au 18 février 1892. Ce jour-là, après son repas de midi, il a été pris tout-à-coup de frissons assez intenses et d'une violente céphalalgie.

Le lendemain, point de côté à droite, avec oppression et toux assez fréquente. Le malade a eu un vomissement.

Depuis ce jour, il a de temps à autre quelques frissons ; le point de côté a persisté ; la toux peu fréquente dans le jour, le devient beaucoup pendant la nuit et par accès.

Actuellement faciès terreux. Céphalalgie assez intense. Les urines contiennent un peu d'albumine.

27 février. — Submatité dans toute l'étendue du poumon droit en arrière, mais la matité véritable n'existe que dans les deux tiers supérieurs et ne devient absolue que dans la fosse sus-épi-

neuse. A ce niveau, on constate du souffle aux deux temps prédominant à l'expiration; quelques râles humides inspiratoires assez gros, d'ailleurs peu nombreux, et un retentissement bronchophonique de la voix haute.

Au-dessous de ce point, la respiration est obscure, sans souffle, pour redevenir normale à l'extrême base. En avant, la sonorité est tympanique sous la clavicule droite, mais il n'y a rien d'anormal à l'auscultation.

Expectoration assez abondante mais liquide, et présentant une coloration ambrée.

L'état général est peu satisfaisant, le malade est très affaibli, mais la dyspnée est modérée.

Le pouls est petit, de faible tension. Les radiales sont athéromateuses, roulent sous le doigt.

Les bruits du cœur sont très sourds. Pas de bruit anormal. On fait ce matin à la face externe du bras droit une injection hypodermique de trois quarts de centimètre cube d'essence de térébenthine.

29 février. — Le malade se trouve beaucoup mieux depuis hier soir, il a un peu dormi la nuit et ce matin, l'état général paraît bon. La température, après un abaissement momentané, est remontée hier soir à 39°,9.

L'injection a provoqué une cuisson immédiate, qui a rapidement disparu. Le malade dit que la douleur ultérieure a débuté environ deux heures après l'injection, la douleur était plus vive dans l'avant-bras et dans la main qu'au niveau de la piqûre.

Actuellement on constate au niveau de la piqûre de la rougeur et un empâtement diffus. Pas de fluctuation. Le gonflement s'étend jusqu'à la région du coude.

La dyspnée a disparu. La sonorité est normale au niveau du foyer pneumonique. La respiration a repris son amplitude; on y constate à peine quelques râles fugaces.

L'expectoration très peu abondante est claire avec des parties de coloration safran.

1^{er} mars. — La température s'est abaissée ce matin presque à la normale. Le malade se trouve très bien, il ne se plaint plus de son bras qui présente le même gonflement diffus, mais on n'y constate pas d'empâtement localisé, ni de fluctuation.

Les phénomènes d'auscultation sont toujours normaux ; cependant l'expectoration présente toujours une teinte safran, mais elle est claire, gommeuse et adhérente.

2 mars. — Il existe au niveau de l'injection sur une étendue de quatre ou cinq travers de doigts en hauteur, un décollement fluctuant qui se distingue nettement d'un œdème plus étendu qui arrive jusqu'à l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Cet œdème est aujourd'hui plus mou que les jours précédents et garde l'empreinte du doigt.

On fait ce matin une incision verticale dans le décollement ; le pus est situé assez profondément et séparé de la surface par une zone œdémateuse suppurée. L'incision donne issue à un pus sans odeur, assez abondant, mal lié.

3 mars. — Le malade n'a plus de toux, plus de quintes. Expectoration à peine appréciable.

Le pansement n'a pas été fait depuis hier ; il contient une quantité de pus relativement modérée.

La pression amène un peu de pus de culs-de-sac voisins, mais il existe surtout un bourbillon infiltré de pus qui fait saillie entre les lèvres de la plaie. On avait placé un drain hier, qu'on enlève aujourd'hui.

5 mars. — La température provoquée par l'abcès s'est abaissée graduellement et a atteint la normale hier.

L'œdème du bras a complètement disparu. La plaie bourgeonne vivement et laisse émerger un bourbillon cohérent et

adhérent. La pression amène un peu de pus de la partie postérieure et inférieure de la plaie.

Les crachats sont colorés et ne présentent plus guère que de la salive.

8 mars. — La plaie bourgeonne activement ; la tuméfaction périphérique a complètement disparu et la suppuration est très faible.

25 mars. — Le malade part complètement guéri.

« L'état de ce malade paraissait très grave, dit M. Bard,
« à cause de l'adynamie très accusée de la période d'état,
« jusqu'au neuvième jour il n'apparaissait encore aucun
« symptôme de révolution.

« L'amélioration a été très rapide après les injections...
« Je dois dire qu'il est resté dans l'esprit de tous ceux
« qui ont observé ce malade une impression des plus
« favorables pour la méthode. Pour ma part, j'ai observé,
« dans le cours de l'épidémie de pneumonie si grave cet
« hiver, plusieurs cas de résolution retardée, qui se sont
« terminés par la mort dans des conditions en appa-
« rence tout-à-fait identiques, et le fait que je publie
« aujourd'hui me laisse le regret de n'avoir pas tenté à
« cette époque le même moyen.

« Mon observation contribue encore à prouver l'inno-
« cuité de la méthode dans des conditions défavorables,
« dans un cas de pneumonie surtout adynamique, sié-
« geant au sommet, accompagnée d'albuminurie, chez
« un athéromateux. »

OBSERVATION V

De M. le Dr Gingeot, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (*Bulletins de soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 19 mai 1892).

Le nommé X..., âgé de 29 ans, débardeur, bien constitué, n'a d'autre antécédent morbide actuellement intéressant qu'une maladie aiguë, qualifiée par lui de fluxion de poitrine, contractée vers l'âge de 15 ans, et terminée, après une durée de trois semaines, par le retour à la santé la plus parfaite. X., est un grand buveur, et chaque fois qu'il se livre à des excès bachiques, il ne manque jamais d'avoir un flux hémorroïdal très abondant.

Le 29 mars 1892, cet homme tombe malade brusquement : point de côté violent sous le mamelon droit, frisson intense et unique la nuit suivante.

Admis à Saint-Antoine le 1^{er} avril, c'est-à-dire le quatrième jour de la maladie, le patient présente alors les symptômes dont voici le résumé :

Pommettes rouges, mal de tête, courbature, point de côté persistant, dyspnée manifeste, langue sèche, évacuations diarrhéiques, pouls à 90, plein et régulier, température 39°8, toux pénible, crachats spumeux, ambrés, adhérents, urine légèrement albumineuse. Comme signes physiques, on ne relève qu'un peu de submatité vers la fosse sous-épineuse droite, avec affaiblissement du murmure vésiculaire dans le même point.

Le 2 avril. — Les signes physiques sont à peine plus marqués que la veille. Après la toux seulement, on parvient à saisir, dans le point reconnu hier, quelques bouffées de râles crépitants très fins et très peu nombreux. Légère tendance bronchophonique, pas de pectoriloquie aphone. Crachats plus adhérents et plus ambrés. L'état général est sensiblement le même ; un peu d'agitation mais point de délire.

3 avril. — Baisse thermométrique de près d'un degré dans la matinée, soit 38°,8. Le soir, nouvelle baisse, le thermomètre tombe à 38°. Le pouls reste régulier, l'état général n'est pas mauvais. Il semble que la défervescence légitime ait commencé.

Mais le lendemain 4 avril, huitième jour de la pneumonie, on apprend que la nuit a été très mauvaise, qu'il y a eu de l'agitation, du subdélirium. La température monte le matin à 39°,2, elle atteint le soir 39°,8. Le pouls, sans être irrégulier, s'est élevé à 110. Quant aux signes physiques, ils sont cette fois absolument nuls.

5 avril. — Neuvième jour. Le subdélirium a fait place à un délire intense. La température avoisine toujours 40° (rigoureusement 39°,8) et l'état général s'est notablement aggravé.

On constate en avant, à la partie inférieure du poumon une zone de matité assez étendue au niveau de laquelle s'entend un souffle tubaire éclatant mêlé de quelques râles secs et fins. Les crachats plus abondants que précédemment ont passé de l'aspect ambré à une teinte grisâtre ; on y trouve quelques pneumocoques, une énorme quantité de streptocoques, et d'autres cocci de types divers.

En présence d'une situation aussi alarmante, on décide à avoir recours le soir aux injections d'essence de térébenthine, s'il n'est survenu aucune détente.

Or, le même jour, à trois heures de l'après-midi, loin qu'il y ait une détente, la température s'élève à 40°,4 ; le patient est couvert d'une sueur froide, le délire persiste, l'agitation est extrême, et l'affaiblissement a fait de grands progrès. Beaucoup d'albumine dans les urines, toujours de la diarrhée.

Le cœur, soutenu sans doute par le traitement mis en usage, stimulants alcooliques, injections d'éther, injections de caféine, se contracte assez bien ; toutefois les pulsations atteignent maintenant 120 par minute.

Enfin les lésions locales se sont considérablement étendues : des râles s'entendent aux deux temps de la respiration et légèrement humides, ressemblant par conséquent à des râles sous-crépitants, sont mélangés au souffle ; celui-ci est encore plus éclatant que le matin, occupe toute la hauteur du poumon en avant, le creux axillaire, la partie postérieure du sommet, et dans ce dernier point, naguère intact, on trouve maintenant une certaine matité à la percussion.

Cela étant, on injecte sous la peau de chacun des quatre membres, bras et cuisses, un gramme d'essence de térébenthine, soit en tout quatre grammes de cette substance. Bien entendu, les précautions antiseptiques ont été prises.

Deux heures après, la température tombe de 40°,4 à 39°,4. On examine les urines : l'albumine y est toujours aussi abondante.

A onze heures du soir, le patient dort d'un sommeil passable ; il continue à transpirer, le pouls est à 96.

Les injections ont donné lieu à de vives douleurs ; les régions où l'on a fait les piqûres sont rouges, dures et tuméfiées, dans une étendue assez grande ; le membre supérieur droit, notamment, présente un commencement d'œdème généralisé.

Le 6 avril au matin, dixième jour de la maladie, le thermomètre marque 39 degrés. La nuit a été calme, l'état général est meilleur : pas d'agitation, pas de délire. Toujours de la transpiration, toujours de l'albuminurie. Les crachats sont d'un jaune grisâtre sale, plus aérés, moins adhérents.

Les signes physiques paraissent les mêmes que la veille, sauf que les râles sont plus nombreux, quelques-uns crépitants, la plupart sous-crépitants.

Aux membres, l'enflure a augmenté, on sent des ganglions tuméfiés dans l'aisselle gauche. Le membre supérieur droit est beaucoup plus œdématié qu'hier, et la moitié inférieure, dure, douloureuse, est apparemment doublée de volume.

Des phénomènes semblables, mais moins accusés, s'observent aux cuisses.

Le 8 avril. — On constate que les signes d'hépatisation ne sont plus ou presque plus appréciables. Les crachats ont pris l'aspect de ceux qu'on observe dans la bronchite vulgaire. L'état général est très amendé. La température, stationnaire à 38°, 8 pendant les dernières trente-six heures, tombe le matin à 38°, 2 et le soir à 38°, seulement.

Les points où l'essence a été injectée sont de plus en plus œdématiés et violacés, sauf à la cuisse gauche où la peau a conservé une couleur normale, tout en étant soulevée par une légère induration.

Le 9 avril. — L'examen physique des poumons ne révèle plus aucun phénomène pathologique, matité, râles ou souffle. Des abcès fluctuants existent maintenant aux quatre membres.

Le 10 avril, en présence de M. Netter, on ouvre l'abcès du bras droit, le plus volumineux des quatre et le plus proche de la lésion pulmonaire. Il en sort 3 ou 400 grammes d'un pus bien lié, verdâtre, et présentant l'odeur de la térébenthine ; cette odeur est particulièrement accusée dans un paquet de tissu cellulaire sphacélé qui vient faire hernie entre les lèvres de la plaie opératoire et qu'on enlève comme un bourbillon. Le pus est recueilli au moyen de pipettes stérilisées pour être soumis à l'examen dont M. Netter veut bien prendre la charge. Pansement humide au bichlorure.

A la contre-visite le malade se déclare très soulagé : son bras n'est presque plus douloureux.

12 avril. — On incise l'abcès du bras gauche ; le pus et l'espèce de bourbillon qui l'accompagne ont les mêmes caractères que ceux fournis par le premier abcès.

Le 13 avril. — L'abcès de la cuisse droite est ouvert à son tour et les pansements des bras sont renouvelés. Au membre supé-

rieur droit l'œdème existe encore, il semble même avoir augmenté au niveau de la main ; néanmoins la douleur est réduite aujourd'hui à fort peu de chose.

Pour la première fois, la journée s'écoule sans aucun mouvement fébrile. A dater du 8, la température tombait bien le matin au-dessous de 38°, mais le soir elle s'élevait de nouveau jusqu'à ce degré; dorénavant le thermomètre oscillera irrégulièrement autour de 37°, sans jamais dépasser 37°, 4, ni descendre plus bas de 36°, 8.

14 avril. — On ouvre l'abcès de la cuisse gauche, abcès bien moins douloureux au palper que les trois autres, et qui, chose étrange, ne s'est jamais accompagnée de rougeur ou de chaleur des téguments. Cette absence de réaction locale avait conduit à essayer d'abord une simple ponction aspiratrice ; mais le trocart s'étant bouché, le bistouri a terminé la scène en donnant issue à un pus de tous points comparable au pus des collections précédemment ouvertes.

A partir de ce jour, le malade peut être considéré comme virtuellement guéri. Les incisions se ferment rapidement, les points tuméfiés reviennent à l'état normal ; bientôt il ne resta plus d'autres vestiges des abcès que quatre petites cicatrices correspondant aux quatre ouvertures.

7 mai. — Le sieur X... est envoyé à Vincennes pour parfaire sa guérison.

M. Gingeot est d'avis que le malade a guéri grâce aux injections. L'amélioration a débuté presque aussitôt après leur emploi. On ne peut pas soutenir que l'élévation thermique du neuvième jour ait été une ascension critique, et, par suite, regarder comme spontané le mieux qui a suivi. D'abord cette ascension a été précédée d'un abaissement de température ayant assez l'aspect de ces défer-

voscences fausses, qui précèdent l'hyperthermie pré-léthale. Ensuite l'ascension du neuvième jour s'est accompagnée sur toute la ligne d'une telle aggravation de la situation, qu'il n'est vraiment pas aisé, dit M. Gingeot, d'y voir un signe précurseur de la guérison ; l'abondance de l'albuminurie, la persistance de la diarrhée, semblaient témoigner d'un état infectieux bien établi.

OBSERVATION VI

Par M. le professeur Révilliod. (*Revue méd. de la Suisse romande*.
20 septembre 1892).

Marie S..., âgée de 45 ans, entre à l'hôpital le 27 février, au quatrième jour d'une pneumonie droite, pneumonie grippale adynamique, avec frissons intenses et répétés, forte dyspnée, teinte ictérique, délire, foie et rate agrandis. L'hépatisation gagne rapidement de bas en haut, donnant un souffle intense presque amphorique qui se propage à gauche. Resp. 44. T. matin 38 °6 qui s'abaisse en lysis avec tendance à l'algidité.

2 mars. — Huitième jour. Encore 38°,8. L'hépatisation continue sa marche croissante. La respiration est courte et fréquente. Il n'y a pas de crachats, mais un râle trachéal de mauvais augure que la toux ne modifie pas. L'état général décline, l'expression est indifférente, comme dominée par la maladie. Obnubilation et somnolence. La teinte ictérique prend l'aspect pyémique.

C'est alors qu'on fit une injection de térébenthine ; une seringue de Pravaz au flanc droit.

3 mars. — Grande surprise de trouver la malade encore vivante et avec une apparence de mieux, bien que le râle trachéal persiste.

La douleur de la piqûre étant modérée, on en fait une seconde de 1 gramme également au flanc gauche.

4, 5, 6 mars. — La face n'a plus l'aspect pyémique. Il y a de la toux avec expectoration de gros crachats gris purulents. Le râle trachéal est moins continu. Le souffle diminue et fait place à des râles de retour.

7 mars. — L'injection térébenthinée du flanc droit a donné lieu à un bel abcès qui, incisé le cinquième jour, donne issue à une grande quantité de pus mêlé de lambeaux de tissu cellulaire mortifiés *sentant la térébenthine*.

8 mars. — Epoque menstruelle. L'abcès du côté droit se vide rapidement. Celui de gauche occupe une surface, qui s'étend de la neuvième côte à l'ombilic.

9 mars. — Cet abcès est incisé le sixième jour et donne du pus comme le précédent. Le râle trachéal a cessé ; la malade éprouve une sensation de bien-être.

Depuis lors, l'amélioration a suivi son cours sans incident à signaler, si bien que la malade a pu se lever le 14. La convalescence a cependant été longue et l'exeat n'a pu être donné que le 23 avril.

Les crachats examinés ont révélé au début l'existence de pneumocoques, puis presque uniquement de streptocoques.

Le professeur d'Epine, qui a bien voulu examiner le pus retiré des abcès, a remis la note suivante :

« Pus du premier abcès (côté droit). Deux prises inoculées dans un tube de bouillon Löffler, la seconde étendue à la surface de gélatine Tournailon penchée ; gélatine à + 22°, bouillon à + 37°. Résultat négatif pour les deux.

« Pus de l'abcès (côté gauche). Deux prises très abondantes sont inoculées dans deux tubes bouillon Löffler, mis à l'étuve à 37°.

En les secouant, on voit apparaître un nuage blanchâtre qui

examiné, soit à la goutte pendante, soit après dessication et coloré au bleu de méthylène Löffler, est reconnu pour être simplement le reste du pus inoculé dans lequel on reconnaît les leucocytes dégénérés, remplis de globules graisseux, mais ne renfermant aucun microbe. L'examen direct du pus au microscope après coloration avec la méthode de Gramm reste absolument négatif.

En résumé, le pus des deux abcès causés par l'injection sous-cutanée de térébenthine ne renferme pas de microbes.

OBSERVATION VII

Par M. le professeur Revilliod (*Rev. med. de la Suisse romande*, du 20 septembre 1892).

Homme de 33 ans, alcoolique, surmené, misérable. Il est atteint d'une pneumonie gauche qui ne se résorbe pas et d'un peu d'albuminurie. La convalescence ne se fait pas. Elle se complique d'un accès de délirium trémens qui laisse le malade très déprimé, avec céphalalgie, fièvre vespérale, sueurs profuses, insomnie, oppression.

L'albuminurie a cependant cessé depuis le quinzième jour. Le malade pâlit de jour en jour d'une manière inquiétante. Il n'a que 50 pour 100 d'hémoglobine, globules rouges 3.193.000, globules blancs 81.87.

L'état général s'aggravant de plus en plus, bien que les symptômes pulmonaires n'aient pas augmenté, il y avait à craindre une pyogénèse non encore localisée, hypothèse qui engageait à créer un abcès pour fixer le pus dans un point favorable. Inutile d'ajouter que la médication tonique et dirigée se'on les indications avait été instituée dès le début et était restée insuffisante.

Le 22 mai. — Dans la sixième semaine de cet état, on fit une

injection de térébenthine d'une demi-seringue seulement à la région sous-claviculaire gauche.

La douleur produite par la petite injection a été très vive. Néanmoins, le 26 mai, le malade se trouve mieux ; il passe de meilleures nuits, se sent la tête plus libre.

Le 27. — Pour soutenir cette amélioration encore douteuse, il accepte une seconde injection d'un gramme de térébenthine, qui est faite à la cuisse gauche.

Les deux abcès se forment avec une élévation de température qui arrive le soir à 39° pendant 4 jours, du 26 au 29 mai. Dans le cas précédent la température avait au contraire baissé après l'injection.

Le 3 juin. — Septième jour de l'injection, l'abcès de la cuisse, très fluctuant, est incisé et laisse couler une grande quantité de pus et de lambeaux du tissu cellulaire. La culture de ce pus a encore donné un résultat négatif.

Quant au premier abcès sous-claviculaire provoqué le 22 mai, il est abandonné à lui-même pour voir s'il ne s'ouvrirait pas de lui-même. Or, il n'en a rien été, bien qu'il fût très fluctuant dans les premiers jours. Ce n'est que le 25 juin, soit le trente-quatrième jour qu'on a débarrassé le malade qui entraînait peu à peu en convalescence. Le bloc pneumonique entra en résorption et tous les symptômes subjectifs et objectifs se dissipèrent graduellement.

Le 19. — Le malade peut quitter son lit.

Le 23. — La pesée témoignait d'une augmentation de 1600 grammes dans la semaine.

OBSERVATION VIII

Par M. le professeur L. Révilliod (*Rev. Méd. de la Suisse romande*, 20 septembre 1892).

H. Ch..., jeune homme de 17 ans, fumiste, est envoyé à l'hô-

pital avec cet ensemble symptomatique considéré aujourd'hui comme un pseudo-rhumatisme infectieux.

Se constituant malade depuis une dizaine de jours, il semble dès son entrée, le 12 avril, déjà gravement atteint. Il se plaint de vives douleurs à l'oreille gauche, au médius de la main droite, et surtout au pied gauche qui était uniformément tuméfié, tarse et métatarse. Il accuse enfin un violent point de côté à gauche qui lui coupe la respiration, indice du début d'une pleurésie qui s'est bientôt accentuée avec tous ses caractères et en particulier un beau souffle amphorique pseudo-cavitaire. Quelques crachats ambrés indiquent aussi la présence d'un *foyer pneumonique*. Les souffrances sont telles que le malade n'a de repos ni jour ni nuit. Le gonflement du pied prend bientôt un aspect qui inspire la crainte d'arthrites suppurées. Le même soupçon s'adresse à la plèvre. Enfin le péricarde semble aussi menacé. Ces craintes augmentent plus tard par le fait que la fièvre modérée et irrégulièrement continue dès le début, prend depuis le 23 mai, cinquantième jour de la maladie, un caractère d'acuité avec de longs frissons répétés, et qu'elle reste rebelle à la quinine, à l'antipyrine, au salicylate. A mesure que la température monte presque tous les soirs à 40°, et au-delà pendant 8 jours de suite, l'état général décline, prend une apparence septique sans qu'on puisse trouver une nouvelle localisation capable de l'expliquer. Les symptômes locaux subjectifs et objectifs restent au *statu quo*, mais il est évident qu'il se prépare quelque chose quelque part. L'examen du sang indique : Hémoglobine 70 0/0 globules rouges 3.887.400, globules blancs 15,500, douceur globule blanc pour 251 rouges. L'aspect pyémique se dessine de plus en plus.

C'est alors le 1^{er} juin que M. Revilliod voit l'indication de créer cette localisation indécise dans un point favorable. On choisit le milieu du bras droit en avant du biceps où on fait une injection d'un gramme de térébenthine. La piqûre est doulou-

reuse, mais le lendemain les souffrances du pied, de la main, ainsi que le point du côté gauche vont en diminuant.

Enfin, fait important à noter, cette fièvre qui avait résisté à tous les antipyrétiques employés largement jusqu'au jour de l'injection et cessés depuis ce moment, a commencé à diminuer dès le lendemain de l'injection, descendant à 37°, ne s'élevant que rarement à 39°. La formation du pus s'est accompagnée d'une vive douleur nécessitant une médication calmante intus et extra, mais la crainte de suppurations articulaires et viscérales allait s'éloignant de jour en jour.

Bien que la preuve absolument démonstrative fasse défaut ici, comme dans bien des choses en clinique, il paraît que l'abcès provoqué au bras, en localisant le mal, a détourné la direction du processus suppuratif qui était sur le point de se faire dans les articulations, les séreuses thoraciques ou les parenchymes.

L'abcès occupe le bon tiers moyen du bras. Sa période aiguë passée, il reste inerte sous la peau amincie, marbrée, entourée de deux autres petits abcès indépendants. Il est plutôt gênant que douloureux et n'a aucune tendance à s'ouvrir. On ne l'incise que le dix-neuvième jour.

Le malade reste dans un état de convalescence stationnaire et indécise, troublée par quelques retours fébriles. Cependant, il se lève, marche, aide l'infirmier de sa salle. L'examen réitéré du thorax n'indique que le résidu de la pleurésie, qui était entrée progressivement en résolution depuis le 1^{er} juin.

On en était là, lorsque le 10 juillet le malade est réveillé soudain à 2 heures de la nuit par un accès de toux et rend par la bouche, séance tenante, un demi crachoir de pus. Une vomique semblable se renouvela le 2 et le 4 août.

La présence de cette collection purulente interlobaire venait confirmer les prévisions, lorsque, sans avoir pu constater nulle part la présence positive du pus, on avait néanmoins toujours

considéré le jeune homme comme en imminence de suppuration. L'abcès du bras droit avait suspendu pendant un temps donné le processus suppuratif, mais celui-ci avait repris l'offensive d'une manière plus ou moins lente et latente, à mesure que l'abcès térébenthiné, une fois vidé, marchait à la cicatrisation.

Ainsi le malade allait s'amaigrissant jusqu'à l'injection et encore cinq jours après, puis il reprend ce qu'il a perdu et sauf de petites rechutes coïncidant avec chaque vomique et correspondant pour ainsi dire à la quantité du liquide expectoré, il gagne avec une progression constante 11,700 grammes en 90 jours, depuis la formation de l'abcès qui a donc été pour lui un corroborant !

M. le Revilliod est d'avis que ses trois malades ont réellement échappé à l'hépatisation grise, grâce à la formation de volumineuses collections purulentes provoquées par les injections d'essence de térébenthine.

OBSERVATION IX

Par M. le Dr Raoul, de Serginnes (Yonne) (*Rev. Gén. de Clin. et de Thérap.*, du 11 mai 1892).

Le 11 avril 1892. — R..., 26 ans, manouvrier.

Le 10. — Dans la matinée, il a éprouvé un violent frisson avec point de côté intense à droite, en dehors du mamelon. Le point de côté est étendu, la respiration est à 35, la température à 39°,5 et le pouls à 110.

A l'auscultation souffle tubaire dans les deux tiers supérieurs du poumon droit ; en arrière, matité à la percussion ; crachats sanglants.

Traitement. — 8 sangsues *loco dolenti*, purgation au citrate de magnésie, et 4 granules de digitaline amorphe au 1/2 milligramme

pour le soir, solution thymolée à 1/1000 pour l'antisepsie buccale.

Le 12. — Resp. 35. P. 80. T. 40°,1 ; injections de morphine pour le point de côté qui persiste ; potion bromurée au chloral contre l'agitation de la nuit.

Le 13. — T. 39°. P. 85. Resp. 45 ; un grand vésicatoire est appliqué.

Potion tonique, piqûre de morphine, ventouses sèches. Dans la soirée, l'oppression est excessive, délire et agitation, nouvelle application de ventouses.

Le 14. — La dyspnée est intense. Resp. 55. T. 39°,5. P. 115, ventouses, bromure et chloral.

A 4 heures du soir, délire, adynamie. Resp. 60 ; le pronostic s'assombrit, injection de caféine.

Le 15. — Le matin la situation est toujours aussi mauvaise, ventouses sèches, caféine.

A 5 heures du soir aggravation, la famille compte sur une issue fatale, 3 granules de digitaline au 1/2 milligramme.

A 10 heures dans la nuit, on vient de mander le Dr Raoul précipitamment.

L'état du malade est en effet alarmant. Resp. 80. Resp. haletante et angoissante, face violacée. T. 38°,5. P. 120.

En présence de la gravité progressive de la maladie, on pense à la saignée, mais on y renonce en raison de la faible constitution du patient ; de très nombreuses ventouses sont appliquées ; on fait deux injections de caféine à 0,20 centigrammes.

Après deux heures d'hésitation et considérant la mort comme inévitable, on se décide aux injections d'essence de térébenthine.

Deux piqûres sont faites à dose d'un gramme à droite, l'une à la région deltoïdienne, l'autre à la cuisse (région moyenne externe), la douleur fut très vive et dura plusieurs heures.

Le 16. — Le matin, à 8 heures, détente sensible; R. 48° au lieu de 80°. T. 39°,5; le malade se sent beaucoup mieux.

Le 17. — L'amélioration persiste, malgré un nouveau point de côté à gauche. R. 36°. P. 72°. T. 39°,1; on applique un vésicatoire à gauche.

Le 18. — Défervescence. T. 37°. R. 25°. P. 54°, l'expectoration est facile et abondante.

Le 19, 20, 21 et 22. — Les phlegmons se développent; à la cuisse l'empâtement présente la grandeur d'une main d'adulte.

Le 23. — Incision à la cuisse, il ne s'écoule que du sang, cataplasmes phéniqués.

Le 26. — Le pus s'est fait jour à travers l'incision pratiquée le 23. Ouverture du phlegmon de la région deltoïdienne; pus abondant jaune, épais.

M. le Dr Raoul ajoute que les injections ont été faites à un moment où la situation paraissait devoir amener un résultat fatal, et le lendemain, il y avait une grande amélioration qui a persisté jusqu'à la guérison.

OBSERVATION X

De M. le Dr Franc (de Sarlat). *Journal de Méd. de Bordeaux*, 10 juillet 1892.

Le 12 mars 1892. — M. Franc a été appelé auprès d'une malade atteinte de pneumonie au quatrième jour. Cette femme, âgée de 67 ans, avait été prise dans la nuit du 8 de frissons et point de côté. Pneumonie des lobes inférieur et moyen du poumon droit, avec état général grave. T. 40°,5. P. 130°.

Sixième jour. — La malade est faible; la nuit a été mauvaise, agitée; crachats épais sanguinolents. Râles nombreux

sous-crépitaux à la base du poumon droit; souffle tubaire en haut et sous l'aisselle. On donne dans la journée un milligramme de digitaline cristallisée et trois injections de caféine. T. 39°.

Septième jour. — Même état.

Huitième jour. — La nuit a été très mauvaise, l'agitation et le délire continus. Expectoration difficile. Application d'un large vésicatoire et caféine en injections.

Neuvième et dixième jours. — La situation s'aggrave de plus en plus. Depuis avant-hier, la fièvre et le délire ont persisté, même pendant la journée et la faiblesse est extrême. Les crachats ont reparu plus abondants, mais grisâtres et bien nettement purulents. La malade absorbe difficilement. La langue est sèche, chargée d'un enduit fuligineux. Le poumon droit est rempli de gros râles à la base, tandis qu'on perçoit des râles sous-crépitaux et du souffle dans la moitié supérieure. A gauche, également nombreux râles de congestion à la base. Traitement : caféine en injections, salol et salicylate de bismuth. T. le soir 39°,5.

Onzième jour, matin. — L'état s'est encore aggravé; la température se maintient à 40°. P. 14°, adynamie extrême; gargouillement dans tout le poumon droit, râles nombreux à la base gauche. Crachats toujours purulents. A ce moment, malgré la non-interruption des injections de caféine et d'éther, la situation paraît désespérée; *une terminaison fatale, prochaine, semble inévitable.*

C'est alors que le Dr Franc fait 4 injections de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine aux 4 membres; T. soir, 39°. *A partir de ce moment l'amélioration s'est déclarée lente, mais progressive.*

Dix-neuvième jour. — Trois abcès ont été ouverts et ont donné issue à du pus crémeux abondant. La malade commence à manger; la fièvre revient parfois encore mais légèrement le

soir. Mais malgré l'extrême faiblesse, tout danger paraît être entièrement conjuré.

Les jours suivants, la malade ressent quelques douleurs dans la cuisse gauche, au niveau de la piqûre ; mais ce n'est que le 2 avril que l'on perçoit nettement la fluctuation. Une incision effectuée le lendemain donne passage à une quantité de pus crémeux. On constate encore à la base du poumon droit un engorgement assez prononcé, caractérisé par de nombreux râles.

Mais l'état s'améliore chaque jour, l'appétit se réveille ; les forces renaissent, la malade s'est levée la première fois, le jeudi 7 avril, et huit jours après, elle effectuait sa première sortie.

Voilà donc un cas de pneumonie très grave chez une femme de 67 ans où l'auteur attribue la guérison aux injections d'essence de térébenthine. Ce cas a d'autant plus de valeur qu'il nous démontre, contrairement aux faits relatés par M. Chantemesse, qu'il a été possible d'obtenir une guérison par les injections de térébenthine malgré le grand âge de la malade.

OBSERVATION XI (résumée).

Obligamment communiquée par M. le Dr Guyot (de Paris).

P... (François), 32 ans, employé de chemin de fer, entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Guyot, le 24 février 1893, sorti le 11 mars.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures, bonne santé habituelle.

Malade depuis le 19 février. La maladie a débuté par un frisson intense, point de côté, malaise général. Les jours suivants P... a dû garder le lit ; l'état a empiré ; il a eu du délire. Le 24 février il est admis à Beaujon avec la fièvre et de la dyspnée.

24 février. — Le malade est prostré ; il a de la dyspnée ; T. matin 39°,4 ; soir 39°,6, crachats visqueux, d'une coloration ambrée.

Après l'examen du thorax, le diagnostic porté est : pneumonie du lobe inférieur droit.

25 février. — Le malade a eu du délire dans la nuit. Il est très affaibli : T. 39°,8 ; dyspnée ; pouls petit et accéléré.

26 février. — Délire, adynamie. En présence de l'état grave du malade M. le Dr Guyot se décide à faire une injection d'essence de térébenthine.

La piqûre est faite en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate droite. On injecte 1 centimètre cube.

Le soir le malade ressent des douleurs vives au niveau de la piqûre.

Le 27 février. — Réaction intense au niveau de la piqûre : rougeur et empatement profond.

Le 28 février. — L'état général du malade s'est sensiblement amélioré. Expectoration à peine appréciable. L'abcès est ouvert. L'incision donne issue à une quantité assez abondante de pus. T. 38°,6.

Depuis ce jour la température revient peu à peu à la normale et le 11 mars le malade part complètement rétabli.

OBSERVATION XII

De M. le Dr Greuell de Gérardmer, publiée par M. le professeur Spillmann (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 6 août 1892).

C. V..., employé de commerce, âgé de 48 ans, est pris le 16 mai de courbature et de fièvre, mais sans frisson ni point de côté.

Le 17 mai. Le malade tousse, son expectoration est rouillée,

et on lui trouve une pneumonie du sommet droit. Rien à gauche.

Le 18 et 19 mai — T. matin 38°,5, soir 39°.

Le 20 — T. matin 40° et l'auscultation fait découvrir, dans tout le poumon gauche, un mélange de râles crépitants, sous-crépitaux et sibilants. L'expectoration, en partie épaisse et jaunâtre contient en abondance du mucus mélangé de bulles d'air.

Le 21. — La respiration devient extrêmement pénible. Le pouls à 130 est petit, irrégulier ; il y a 60 respirations à la minute. T. matin 39°,5 ; soir 40°,5.

Au traitement stimulant déjà institué, on ajoute des injections d'éther et de caféine.

L'état général reste mauvais ; l'expectoration est complètement tarie ; la respiration devient de plus en plus laborieuse, et il semble que le patient n'ait plus que quelques heures à vivre.

C'est dans cette situation que dans la nuit le Dr Greuelle de Gérardmer songe, comme dernière ressource, aux injections de térébenthine, mais ne se souvient plus s'il s'agissait d'essence ou d'huile.

On injecte deux grammes d'huile dans la région deltoïdienne gauche, et un gramme dans la même région à droite.

Les injections alternatives d'éther et de caféine furent continuées jusqu'au lendemain.

V... passa ainsi 24 heures entre la vie et la mort, mais le 23, l'expectoration étant revenue, la respiration devient plus libre. Les régions deltoïdiennes enflammées, surtout à gauche, étaient extrêmement douloureuses. Mais l'amélioration allait croissant et le 29 mai, c'est-à-dire le cinquième jour après les injections de térébenthine, on donne issue à une énorme quantité de pus épais du côté gauche ; sur le bras droit, il ne s'était formé qu'une petite collection qu'on ouvrit le lendemain seulement.

En résumé, l'abcès de dérivation paraît avoir grandement contribué au salut du malade. Sans doute il faut laisser une grande part du résultat obtenu aux injections d'éther et de caféine. Celles-ci ont soutenu le malade ; elles l'ont empêché de mourir pendant 24 heures et laissé aux injections de térébenthine le temps d'agir ; mais il n'en est pas moins vrai que c'est quelques heures après ces dernières injections que l'encombrement des bronches a commencé à diminuer, que l'expectoration a pu se faire, et que l'air enfin a pénétré à nouveau dans le poumon gauche.

Jusqu'au jour de l'ouverture de l'abcès, la fièvre s'était maintenue à 38°,5 le matin, et 39° le soir, et l'expectoration est restée colorée plus longtemps que d'habitude, c'est-à-dire encore pendant toute une semaine ; mais déjà 24 heures après les injections, la respiration était retombée à 40 et le pouls à 105 et 110.

Le Dr Greuelle de Gerardmer est de l'avis que son cas était particulièrement sérieux, car encore le 13 juin, V... est encore bien faible. A droite, la respiration est normale, mais à gauche, l'air pénètre difficilement dans le poumon, toute la région postérieure de ce côté donne encore à la percussion une matité presque complète, mais sans signe d'épanchement.

OBSERVATION XIII (personnelle)

C..., 42 ans, employée de commerce, entrée le 17 mai 1893, dans le service de *M. le professeur Dieulafoy*, à Necker, salle Monneret, sortie le 20 juin 1892.

Père mort à la suite d'un accident à 47 ans. Mère vivante (78 ans). Deux sœurs en bonne santé. Une sœur morte à 35 ans poitrinaire.

Dans son enfance, C... était d'une santé délicate. Plus tard bonne santé habituelle jusqu'à l'âge de 35 ans, quand elle fut

prise d'une bronchite fiévreuse. Pendant cette maladie elle a beaucoup maigri et depuis elle n'a jamais pu se débarrasser de sa toux, qui la poursuivait tous les hivers. Il y a 3 ans la malade a eu une congestion pulmonaire et une hémoptysie. Depuis 2 mois, sueurs nocturnes et elle a maigri encore davantage.

Actuellement c'est une femme débile et pâle.

Début de la maladie actuelle. — *Le 12 mai.* — C...; s'était sentie souffrante, mal à l'aise, elle était prise d'étourdissement, de fièvre.

Dans la nuit du 14 *mai* elle fut prise d'un violent frisson, accompagné de claquements de dents. Ce frisson se répète plusieurs fois dans la nuit. En même temps vomissements et toux.

Le 15 mars. — Point de côté peu intense qui s'accroît peu à peu et persiste jusqu'à l'entrée de C... à l'hôpital.

Dès le 13 mai, délire nocturne.

Le 16 mai. — Respiration difficile ; commence à cracher. L'expectoration, au dire de la malade, était épaisse et visqueuse, sanguinolente, jaunâtre.

Le 17 mai. — jour d'entrée, la malade a vomi à plusieurs reprises. Crachats visqueux, adhérents, rouillés. T. 40 4. Grande faiblesse. Dyspnée intense. Resp. 54.

Examen physique du thorax. — A la percussion. Sonorité normale aux deux bases, submatité et diminution d'élasticité dans la fosse sous-épineuse droite. Matité dans la fosse sus-épineuse gauche et sous la clavicule gauche.

A l'auscultation râles crépitants dans les fosses sus et sous-épineuses droites et souffle bronchique. Expiration rude et prolongée au sommet gauche.

Diagnostic. — Pneumonie du sommet droit, d'origine grippale, chez une bacillaire.

Le 18 mai. — La malade est prostrée et très oppressée. Resp. 64. Pouls petit et accéléré. T. matin 40°, soir 40°4.

Le 19 mai. — Délire dans la nuit. La faiblesse augmente, aussi bien que la dyspnée. Rep. 64. La malade a été prise ce matin de frisson. Urines: 250 grammes.

Râles fins au sommet droit et souffle bronchique râles bulleux de bronchite généralisée. En avant gros râles humides. T. 39°.

Le 20 mai. — Resp. 35. P. petit à 104. Adynamie profonde, crachats liquides, jus de pruneaux. T. 38,6, matin et 39°, le soir. N'ayant pas obtenu de résultat de différents traitements institués et en présence de l'état très inquiétant de la malade, M. le professeur Dieulafoy se décide aux injections de térébenthine. Avec la seringue de M. Roux, stérilisée, on pratique deux injections d'essence de térébenthine à la partie externe et moyenne des deux cuisses.

Le 21 mai. — Les injections ont provoqué le soir des douleurs qui ont duré à peu près deux heures et n'ont pas été très vives. La malade a moins de dyspnée. Resp. 46. P. 104. L'état général est moins mauvais. T. 38°,4.

Le 22 mai. — La malade a passé une bonne nuit. Resp. 40. L'état général s'améliore. T. 38°. P. 102. Resp. 40. Urines foncées 1 litre. L'expectoration est plus liquide, spumeuse, et elle a perdu le caractère jus de pruneaux.

A l'auscultation, souffle en arrière et à droite, et gros râles de retour ; impression de gargouillement. A gauche souffle moins fort. Quelques râles crépitants.

Au niveau des piqûres réaction intense : rougeurs et empâtement profond.

Le 23 mai. — La malade se sent beaucoup mieux. Urines 1 litre. Resp. 38. T. 37°,6-38°. Expectoration franchement bronchique. Râles de bronchite généralisée.

Le souffle a disparu.

Quoique la fluctuation ne soit pas bien nette, on ouvre les deux abcès ; le pus n'est pas encore complètement formé, il y a cependant quelques grumeaux purulents. Les cultures, faites avec le pus des deux abcès, restent stériles.

Le 23 mai. — Plus de dyspnée. T. 37°,6-37°. L'état général de la malade est excellent. Les crachats sont muqueux, bien aérés. La suppuration des deux abcès est bien établie.

Une deuxième culture reste également stérile.

Le 27 mai. — T. 37°-37°,2. Depuis ce temps la température reste normale.

La malade sort de l'hôpital le 20 juin, complètement rétablie

La malade était dans une situation très grave au moment des injections. L'état général, les crachats caractéristiques, indiquaient le passage de la maladie à la période de l'hépatisation grise. La réaction a été intense et a amené avec elle une amélioration subite et sensible dans l'état général et local de la malade. Notre impression était que C... devait sa guérison aux injections de térébenthine, tellement la coïncidence entre l'apparition de l'abcès et l'évolution bénigne de la maladie, à dater du moment des injections, était frappante.

Observations d'injections d'essence de térébenthine suivies d'insuccès.

Voici les huit observations de M. Chantemesse, recueillies à l'infirmerie de l'hospice des Ménages et suivies d'insuccès.

OBSERVATION I (résumée).

R..., 80 ans, entré pour une bronchite à pneumocoque et pleurésie double.

Le 1^{er} avril. — Pneumonie avec adynamie précoce et œdème des membres inférieurs.

Le 3 avril. — Situation très grave. Injections d'essence de térébenthine aux quatre membres.

Le 4 avril. — Une seule des piqûres présente une réaction, rougeur et empâtement. Mort 24 heures après les injections.

OBSERVATION II (résumée).

Pneumonie du sommet droit chez un homme de 70 ans. Entré le 5 avril 1892. Etat grave. T. 40°,6.

Le 6 avril. — L'état général s'aggrave. T. 40°,6.

Le 7 avril. — Injections térébenthinées aux quatre membres. T. 40°,5.

Le 8 avril. — Réaction assez intense aux membres supérieurs. Rien aux membres inférieurs. T. le soir, 40°,6. Mort 36 heures environ après les injections.

OBSERVATION III (résumée).

Pneumonie du lobe inférieur du poumon droit chez un homme de 87 ans. Entré le 10 avril 1892. T. 39°,8.

Le 12 avril. — Etat très grave. T. 40°. Injections térébenthinées aux quatre membres.

Le 13 avril. — Empâtement sans rougeur ni chaleur au niveau des piqûres. Mort le 14 avril.

OBSERVATION IV (résumée).

Homme de 67 ans. Entré le 23 avril. Pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche. T. entre 40°,5 et 38°,2.

Le 26 avril. — Ictère, crachats verdâtres, subdélire.

Le 27 avril. — T. 39°,2. Injection de 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine. Soir T. 42°,2.

Le 28 avril. — Réaction peu accusée. Mort à 8 heures du matin.

OBSERVATION V (résumée).

Homme de 79 ans, entré le 1^{er} mai. Pneumonie du lobe inférieur droit. Les jours suivants l'état général s'aggrave. T. 40°.

Le 7 mai. — Etat grave. Injections de térébenthine. Mort dans la nuit.

OBSERVATION VI (résumée).

Homme de 67 ans. Pneumonie du lobe inférieur gauche. Entré le 4 mai. Les jours suivants état très grave. T. 40°.

Le 7 mai. — Etat très grave, quatre injections d'essence de térébenthine.

Le 8 mai. — Réaction intense au bras gauche.

Le 9 mai. — Mort dans la nuit.

OBSERVATION VII

Communiquée par le Dr Deny (Résumée).

Homme de 34 ans. Pneumonie lobaire du sommet droit. Délire

alcoolique. Au septième jour la situation devenant grave, à cause du collapsus imminent, on fait deux injections térébenthinées. Peu de réaction au niveau des piqûres. Mort 82 heures après les injections.

OBSERVATION VIII (résumée).

Femme de 69 ans. Fracture compliquée de la jambe gauche suivie d'une phlébite de la veine crurale gauche. Au bout de 5 semaines *embolies pulmonaires et fièvre irrégulière*. T. de 35°, 3 à 39°.

Le 24 mars. — Trois injections d'essence de térébenthine.

Les jours suivants, réaction intense au niveau des piqûres.

Le 11 avril. — Les régions tuméfiées contiennent du pus.

Le 16 avril. — Collapsus et mort.

Nous parlerons plus tard des 7 observations de M. Chantemesse. Contentons-nous de dire ici qu'il s'agissait de vieillards. La pneumonie dans la vieillesse a un pronostic très fâcheux. De plus tous les 7 cas sont particulièrement graves, comme le signale M. Chantemesse lui-même. La réaction a manqué quelquefois complètement et une seule fois seulement un abcès s'est produit.

Quant au malade de M. le Dr Deny, c'est un jeune homme de 31 ans. Mais il est alcoolique, il a du délire alcoolique et une pneumonie du sommet. Or, une pneumonie du sommet chez un alcoolique met la vie en grand danger. Il faut ajouter que ce malade n'avait presque pas réagi.

OBSERVATION IX (résumée).

De M. le professeur Mossé de Toulouse.

P..., 47 ans, entré le 31 mars 1892 dans le service de M. le professeur Mossé. Pneumonie du lobe inférieur gauche, malade depuis le 25 mars.

1^{er} avril. — Face cyanosée, teinte subictérique. Fièvre et dyspnée. Pouls petit, 140. L'état général est mauvais. Diarrhée.

2 avril. — Adynamie profonde.

8 avril. — Le malade est prostré, langue sèche. Le cœur faiblit et l'ensemble fait redouter une mort prochaine. Deux injections d'essence de térébenthine aux cuisses. Mort 7 heures après les injections.

OBSERVATION X (résumée).

De M. le professeur Mossé de Toulouse.

Pell..., 58 ans, entré le 9 juin 1892 dans le service de M. Mossé, malade depuis le 4 juin.

10 juin. — Malade prostré. T. 38°,5. Côté droit : submatité. Râles sous-crépitants, respiration soufflante, rude. Côté gauche : râles de bronchite disséminés. Diagnostic : Fluxion de poitrine, ou pneumonie centrale dont les signes ne sont pas encore sensibles.

11 juin. — Adynamie augmentée. Râles nombreux du côté gauche.

12 juin. — Torpeur, indifférence. Resp. 48, à la base gauche souffle profond, voilé.

13 juin. — Adynamie plus accentuée. Le souffle à la base gau-

che est devenu plus fort. Une seule injection d'essence de térébenthine à la cuisse gauche.

14 juin. — Pas de réaction. Poumon : Matité à la base et à la région moyenne en arrière du côté gauche. Souffle tubaire, nombreux râles crépitants ; du côté droit nombreux râles. Resp. 49. Injection d'un cent. cube d'essence de térébenthine.

15 juin. — Au niveau des piqûres empatement rouge, douloureux.

Injection d'essence de térébenthine dans la région deltoïdienne gauche.

16 juin. — La réaction a augmenté. *Légère amélioration.* Ce jour, malgré les recommandations formelles de M. le professeur Mossé, le malade est enlevé par sa famille de l'hôpital. Mort deux jours après dans sa famille.

OBSERVATION XI (résumée).

De M. le professeur Spillmann (*Gaz. Hebd. de méd. et de chirurgie*, 6 août 1892).

L..., 50 ans, journalier, entré à l'hôpital le 11 mai 1892. Le malade a eu trois pneumonies antérieurement.

11 mai. — Dyspnée. Prostration. Diagnostic : Pneumonie gauche.

19 mai. — Dyspnée. T. 39°,2, après une défervescence de deux jours. Le malade est très abattu. Dyspnée intense. Teint terreux. L'état du malade paraît désespéré, quatre injections d'essence de térébenthine aux membres. Réaction intense les jours suivants avec suppuration. Amélioration.

15 juin. — Le malade est très abattu. Râles muqueux abondants dans toute la poitrine.

17 juin. — Cyanose. Pouls faible. Mort.

A l'autopsie le poumon droit très congestionné, le poumon gauche est en hépatisation grise complète.

OBSERVATION XII (résumée).

De M. le professeur Spillmann (*Gaz. Hebd. de Méd. et Chir.*,
6 août 1892).

G..., 36 ans, menuisier. Entré à l'hôpital le 27 mai 1892. Malade depuis 15 jours. Très maigre, très pâle. T. soir 38°,4, 39°,5 le matin. Resp. 50. P. 110. Diagnostic : pneumonie droite. Expectoration muco-purulente, contenant des pneumocoques et des staphylocoques. Pouls faible. Diarrhée. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Délire pendant la nuit.

Ostéo-arthropathie hypertrophiante. Ecoulement purulent par l'oreille droite.

28 mai. — L'état du malade paraît désespéré. 4 injections d'essence de térébenthine. T. soir 40°,3. P. 124.

Le malade meurt 31 heures après les injections, après avoir présenté très peu de réaction au niveau des piqûres.

A l'autopsie tout le poumon droit hépatisé.

OBSERVATION XIII (résumée).

De M. le Dr Chrétien (publiée par M. le professeur Spillmann
Gaz. Hebd. de Méd. et Chir., 6 août 1892).

Une femme âgée de 36 ans accouche le 30 avril 1892. On constate le 2 mai une pneumonie droite. Resp. faible. P. 110. T. 39°, météorisme considérable de l'abdomen.

L'état reste stationnaire le jour suivant.

Le 4 mai. — Souffle au sommet droit. Dyspnée intense.

Le 6 mai. — La respiration est encore pénible. T. 40°. P. 120. La face est terreuse, le météorisme est plus marqué. Prévoyant une fin prochaine, M. le Dr Chrétien pratique une injection d'essence de térébenthine.

Le malade succombe le 8 mai dans la matinée. La réaction au niveau des piqûres était peu intense.

Nous parlerons plus tard des deux cas de M. le professeur Mossé. Quant aux trois cas de M. le professeur Spillmann, ils présentent, en vérité, une gravité tout-à-fait exceptionnelle. Dans la première observation, hépatisation grise de tout le poumon gauche, congestion intense du poumon droit; au moment des injections l'état général était désespéré. Le deuxième malade était dans un état infectieux aigu avec hyperthermie; la situation était déplorable; tout le poumon droit était hépatisé; la réaction a été presque nulle. La malade de M. le Dr Chrétien n'a également présenté presque aucune réaction après les injections térébenthinées. Le traitement a été institué seulement au moment où M. le Dr Chrétien prévoyait *une fin prochaine*.

OBSERVATION XIV

M. le Dr Rendu (*Bulletins de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 19 mai 1892).

Il s'agissait d'un homme de 47 ans, entré avec les signes d'une broncho-pneumonie, surtout localisée au poumon droit, et qui, après une ébauche de défervescence vers le septième jour, avait fait une rechute. Les signes d'hépatisation s'étaient étendus en

même temps que l'état général redevenait mauvais. La température oscilla toujours entre 39° et 39°,5, sans hyperthermie véritable. Le treizième jour on trouva le malade avec des symptômes *asphyxiques* plus accusés, de la *cyanose*, des râles muqueux diffus mêlés au souffle, *un état de collapsus général*. M. Rendu pratiqua alors aux deux bras des injections d'essence de térébenthine, après avoir essayé inutilement, pendant les jours précédents, la caféine et l'acétate d'ammoniaque.

L'injection ne fut suivie d'aucune réaction locale : il ne se produisit, au point des piqûres, ni rougeur, ni douleur, ni œdème, le malade continua de s'asphyxier graduellement et succomba le lendemain matin, vingt heures après l'injection.

Nous avons pu recueillir 14 observations, suivies de succès ; il nous a été impossible de nous procurer celle de M. le Dr Mercandino de Turin. Nous relatons ensuite 14 cas d'insuccès ; il en existe encore six qui ne sont que mentionnés par les auteurs. De ces six observations deux appartiennent à M. Franc, deux à M. Revilliod et deux à M. Rendu. Il s'agissait de six agonisants.

INDICATIONS DE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR LES INJECTIONS DE TÉRÉBENTHINE.

M. Fochier, en parlant de sa méthode, avait indiqué entre autres maladies, la pneumonie, dans laquelle on ne voit pas ordinairement de tendance à la suppuration, mais qui dans certaines circonstances devient une infection pyogène généralisée.

Et, en effet, la tendance à la suppuration peut se manifester au lieu primitif d'infection, c'est-à-dire au pou-

non même et ensuite comme métastase, quand la suppuration se dirige vers les méninges, les articulations, vers la plèvre, le péricarde, etc.

Ainsi, quand la pneumonie est en imminence de suppuration, elle devient justiciable du traitement par les injections d'essence de térébenthine.

Pour préciser davantage les indications, nous n'avons qu'à énumérer les symptômes que présente la maladie, quand il y a menace de suppuration ou quand la suppuration s'est déjà déclarée.

Dans ces cas-là, la pneumonie offre ordinairement dès son début une gravité exceptionnelle : il y a presque toujours hyperthermie, dyspnée, abattement, parfois du délire.

Plus tard la défervescence ne se produit pas, même aux limites les plus reculées, c'est à-dire la température se maintient à une hauteur considérable au-delà du huitième ou neuvième jour. Il peut encore arriver qu'il y ait une fausse défervescence, après laquelle la fièvre se rallume avec une nouvelle violence. Tous les symptômes fâcheux s'accusent de plus en plus : les malades ont des frissons, le pouls est très petit et accéléré, la langue est rôtie, le ventre se ballonne, la diarrhée apparaît, des sueurs visqueuses couvrent le malade et le délire ne fait presque jamais défaut.

Quand l'hépatisation grise est déjà établie, les crachats prennent une teinte grisâtre ou jus de pruneaux. Il faut remarquer cependant que les crachats caractéristiques peuvent manquer, car la faiblesse extrême du malade empêche parfois toute expectoration.

Il est vraiment difficile d'indiquer précisément le moment opportun à l'intervention. On peut seulement énumérer en général, comme nous l'avons fait plus haut, les symptômes graves, qui justifieraient le traitement par les injections d'essence de térébenthine. L'appréciation personnelle du médecin au lit du malade joue, ici comme toujours, le plus grand rôle.

Mais il est un point sur lequel nous devons insister : *il ne faut pas intervenir trop tard*. L'opinion de M. le professeur Mossé, de Toulouse, à ce sujet est tout à fait la nôtre et nous la citons :

« Les injections térébenthinées n'agissent pas seulement par l'inflammation qu'elles déterminent ; il faut que cette inflammation arrive à la suppuration, à l'abcès. S'il ne se produit pas de pus, le pronostic est presque toujours fatal. Il faut donc ne pas agir trop tard, car la transformation du phlegmon en abcès exige un certain temps matériel. D'ailleurs, si on tarde trop, l'organisme épuisé pourrait ne plus réagir, la mise en œuvre de la méthode serait inutile. »

La preuve, en cas de succès, serait certainement plus éclatante, si l'état du malade était considéré comme tout à fait désespéré ; mais les intérêts supérieurs du malade seraient fortement compromis.

CONTRE-INDICATIONS.

Nous avons déjà dit plus haut que personne n'avait encore constaté une action défavorable des injections de térébenthine. Dans les expériences de M. Chantemesse

sur des lapins la térébenthine avait donné lieu à des accidents graves. Mais il faut remarquer que la dose d'essence de térébenthine a été dans ces cas relativement très élevée. On avait injecté 1 à 2 centimètres cubes à ces animaux, qui ont un poids moyen de 2 kilogrammes, tandis qu'on a introduit seulement 1 à 4 centimètres cubes sous la peau de l'homme, qui pèse en moyenne de 60 à 65 kilogrammes.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons rien à craindre de ce côté, surtout quand le rein n'est pas altéré. Peut-être faut-il faire tout de même une petite restriction pour les brightiques, en leur introduisant des doses moindres et en espaçant les injections.

Les mêmes règles devraient être suivies chez les diabétiques, qui ont un rein déjà si disposé à la néphrite. Mais il faut encore ajouter que les injections irritantes chez un diabétique présentent un inconvénient, autrement grave, car nous savons que chaque lésion peut amener un érysipèle ou une gangrène. Donc, *a priori*, il faudrait s'abstenir du traitement térébenthiné chez un diabétique.

Chez les enfants, peut-être devrait-on également éviter la production d'abcès artificiels, parce que les enfants supportent mal les frais d'une suppuration abondante et sauraient mal résister, à cause de leur impressionnabilité nerveuse excessive, à l'intensité de la douleur qui accompagne les injections.

Nous ne croyons pas, au contraire, que l'âge avancé soit une contre-indication de la médication térébenthinée. Il est vrai que, jusqu'à présent, les résultats obtenus par

M. Chantemesse chez les vieillards, ne sont pas encourageants à cause de la gravité exceptionnelle que présente la pneumonie chez des sujets âgés. Mais on n'a pas constaté que les injections ont amené avec elles un danger spécial pour la vie. Tout au plus, on a pu dire que les injections étaient inutiles et sont restées sans résultat appréciable.

LIEU DES INJECTIONS, TECHNIQUE, RÉACTION, MARCHÉ DE LA
SUPPURATION, DESCRIPTION DE L'ABCÈS.

Il ne faut pas oublier qu'on a en vue de produire un phlegmon, et c'est pourquoi certaines régions ne se prêtent pas aux injections irritantes ; injecter, par exemple, l'essence de térébenthine dans la région fessière, serait exposer le malade à conserver une position fatigante, car la région injectée devient très douloureuse en cas de réaction.

M. Fochier faisait ses injections au niveau du deltoïde et dans la région hypogastrique ; plus tard on a pratiqué des piqûres à la partie externe et moyenne des cuisses ; à la région deltoïdienne, au bras, à l'avant-bras, dans la région sous-claviculaire, et enfin en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate.

Après avoir choisi le lieu d'injection et pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires, on injecte de l'essence de térébenthine avec une seringue de M. Roux, stérilisée.

La quantité injectée dans la même région varie de trois quarts jusqu'à un centimètre cube. On fait une ou

plusieurs piqûres dans différentes régions du corps à la même séance; ou bien, l'on espace les injections d'un à quelques jours, suivant l'état du malade.

Les injections, d'après M. Fochier, doivent être poussées dans le tissu cellulaire lâche au voisinage de l'aponévrose, mais elles peuvent sans inconvénients s'infiltrer dans le tissu adipeux. Lorsqu'on veut ménager une issue spontanée au pus, il n'y a qu'à retirer l'aiguille sans maintenir la peau, l'essence ressort en préparant un canal de sortie au pus.

L'injection n'est pas plus douloureuse qu'une injection de morphine, mais la douleur inflammatoire apparaît rapidement de une heure à six heures après l'injection.

La description faite par M. Fochier, concernant la réaction, est tout à fait exacte, et nous la reproduisons presque intégralement.

Lorsque l'injection a été poussée sous une couche épaisse de tissu adipeux, la tuméfaction peut rester masquée pendant plusieurs jours. La rougeur de la peau ne se prononce que le troisième jour et alors les phénomènes sont essentiellement variables. L'abcès prend tantôt les allures d'un véritable abcès chaud, tantôt celle d'un abcès froid, ou du moins les allures d'un abcès qui n'a aucune tendance à ulcérer la peau. Dans l'un ou l'autre cas le pus s'épaissit, et en attendant longtemps pour intervenir on voit, à l'incision, un véritable mastic purulent sortir de l'abcès artificiel.

Lorsqu'on incise de bonne heure, on trouve un abcès à loge anfractueuse, et dont la paroi est constituée par

une mince couche de tissu sphacélé et infiltré de pus, analogue à la paroi d'un abcès froid sur différents points, ressemblant sur d'autres, au bourbillon du furoncle. Il peut y avoir des décollements assez étendus, mais qui ne paraissent pas jusqu'ici pouvoir provoquer des fusées envahissantes. Il est certain que si l'injection était poussée au-dessous de l'aponévrose elle entraînerait le sphacèle de la membrane.

La marche de ces abcès est très variable suivant qu'ils ont évolué rapidement vers l'ulcération ou qu'au contraire ils ont affecté des allures torpides. Dans ce dernier cas, il faut les inciser largement pour pouvoir explorer et panser toute la poche.

Comme nous l'avons déjà dit, la térébenthine en injection sous-cutanée fait apparaître des abcès *amicrobiens*; d'autres substances n'ont pas cette propriété et, injectées sous la peau, donnent des abcès, où l'on retrouve de nombreux microbes. S'il fallait choisir entre un abcès microbien et un abcès amicrobien, nous donnerions la préférence à ce dernier, car il pourrait se trouver des microbes qui entraîneraient de graves complications.

Signalons encore un fait très curieux : la formation de l'abcès artificiel n'a pas modifié dans plusieurs cas la courbe thermométrique classique de la pneumonie.

PRONOSTIC DE LA MÉDICATION.

Le pronostic d'une pneumonie en imminence de suppuration est très sérieux. Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. La mort est la règle dans l'hépatisation grise.

Comme la pneumonie des vieillards a une gravité exceptionnelle, l'âge avancé rend le pronostic plus fâcheux, ce qui nous explique les échecs qu'a subis la nouvelle méthode appliquée par M. Chantemesse chez les sujets âgés.

M. Fochier avait déjà remarqué que si l'abcès ne se produisait pas après les injections irritantes, cette absence de réaction *suppurative* aggravait singulièrement le pronostic. Cette observation s'est justifiée, car, dans la plupart des cas où il y a eu un dénoûment fatal, l'abcès artificiel faisait défaut.

C'est de la réaction suppurative, répétons-nous, que nous parlons, car il y a des observations où la réaction survenait, mais n'aboutissait jamais à la suppuration.

Quant aux individus, chez lesquels une piqûre provoque une réaction et une autre ne la provoque pas, il nous semble qu'on pourrait juger la chose de la même manière. Il n'est pas, en effet, impossible qu'un individu, affaibli par sa maladie, trouve la force de réagir après une injection et ne soit pas capable de répondre à une autre.

C'est ainsi, croyons-nous, qu'il faut comprendre les faits observés par M. Chantemesse.

En résumé, le pronostic est défavorable, si l'individu injecté n'a pas de réaction, manque-t-elle complètement ou est-elle partielle seulement; car le but du traitement est manqué. On veut avoir une révulsion intense, et on ne l'obtient pas.

VALEUR DU TRAITEMENT.

En parlant du pronostic, nous avons déjà dit qu'une pneumonie en imminence de suppuration présente un très grand danger pour le malade qui en est atteint ; la guérison est exceptionnelle dans l'hépatisation grise.

Dans tous les cas que nous connaissons, on n'avait fait des injections de térébenthine qu'à des individus dont l'état était très grave. On n'a qu'à relire les publications de différents auteurs, qu'à voir les mentions : grave, très grave, désespéré, pour avoir l'impression que tous les sujets traités par la méthode de M. Fochier, étaient certainement dans un danger extrême au moment des injections, et qu'on avait employé avant, tout l'arsenal thérapeutique sans obtenir un résultat quelconque. Nous avons pu réunir 14 observations suivies de succès. Ce succès était parfois tout-à-fait inespéré, vu la situation des malades avant les injections. La coïncidence entre l'amélioration et la formation de l'abcès artificiel était frappante et nous croyons qu'elle ne doit pas être attribuée à un pur hasard.

Pour tirer ces conclusions nous nous reportons aux faits publiés par différents observateurs.

Les injections de térébenthine ne sont pas dangereuses par elles-mêmes, chose qui n'a pas été contestée, du reste, même par les adversaires du nouveau traitement. On a pu seulement dire que la médication n'avait pas réussi dans certains cas. Aucun des expérimentateurs n'a vu survenir, au cours des injections, un nouveau danger,

qui eût pu être attribué à l'action de la médication térébenthinée.

Jusqu'à présent nous avons connaissance de 34 cas de pneumonie grave où l'on a pratiqué des injections de térébenthine. Sur ces 34 observations nous comptons 20 insuccès et 14 succès. Proportion assurément très favorable si l'on considère qu'il s'agissait toujours de malades très gravement atteints.

Il est certain que chaque médication, même la plus éprouvée, compte des échecs, et personne n'aura la prétention de voir dans les injections de térébenthine un moyen infaillible.

Mais il serait injuste de mettre sur le compte de la médication térébenthinée plusieurs cas d'insuccès. Il en est ainsi des trois malades de M. Rendu qui est le premier à dire qu'il ne croit devoir tirer aucune conclusion de ses insuccès ; les trois sujets au moment des injections étaient déjà dans le collapsus, dans un état asphyxique, presque sans pouls et ont succombé quelques heures après. Les deux cas de M. Revilliod, qui lui-même ne comptait pas sur un succès, en injectant deux malades agonisants, qui ont expiré quelques heures après, ne devraient pas figurer dans notre statistique. L'état d'un des malades de M. Mossé était également tout à fait désespéré. Voici un extrait de l'observation de ce malade,

3 avril. — Adynamie profonde. Le malade est prostré. Le cœur faiblit et l'ensemble fait redouter une mort prochaine. Les traitements institués les jours précédents n'ayant pas donné de résultats, nous décidons d'avoir

recours à la méthode de M. Fochier. Deux injections sont pratiquées.

Le malade succombe le même jour, 7 heures après les injections, sans avoir eu aucune réaction au niveau des piqûres.

L'autre malade de M. Mossé a également succombé après les injections dans les conditions suivantes : 2 jours après les injections on avait noté une légère amélioration dans l'état de cet individu. Mais malheureusement le malade a été enlevé par sa famille de l'hôpital et a expiré deux jours après.

« L'enlèvement de l'hôpital, dit M. Mossé, constitue
« une grave imprudence qui a compromis les chances de
« guérison. Dans ces conditions, il est difficile de tirer des
« conclusions favorables ou défavorables absolues pour
« la méthode. »

M. Chantemesse nous rapporte aussi huit cas, qui ont été l'objet d'une communication à la Société Médicale des Hôpitaux. Sept cas sont personnels à M. Chantemesse. Tous les sept sujets injectés, dont le plus jeune avait 67 ans, le plus vieux 87, sont morts à la suite de leur pneumonie. M. Chantemesse, en présentant ce résultat défavorable, n'attribue pas la mort de ces sept personnes à l'action des injections de térébenthine. Il dit seulement, prévoyant l'objection du grand âge de ses malades, que c'est précisément dans ces cas que la méthode devrait faire ses preuves. S'appuyant sur ces sept observations, M. Chantemesse tire une conclusion défavorable à la méthode de M. Fochier.

Mais nous ne sommes pas de cet avis et nous pensons

avec M. Laveran que la seule conclusion à tirer du travail de M. Chantemesse nous paraît être que les injections irritantes sont d'une utilité contestable dans la pneumonie des vieillards, ce qui s'explique par la gravité de cette pneumonie, par le manque ordinaire de réaction et par la facilité avec laquelle l'inflammation aboutit à la gangrène.

Et vraiment, la pneumonie est tellement dangereuse dans l'âge avancé que la mortalité s'élève même jusqu'à 51 pour 100. Voilà ce que dit M. le professeur Dieulafoy dans son *Manuel de pathologie interne* : « La pneumonie acquiert une gravité exceptionnelle dans la vieillesse, elle en est le fléau le plus redoutable (Cruveilhier) ; on peut même dire qu'elle constitue la fin naturelle des vieillards (Peter).

Dans les sept observations de M. Chantemesse une seule fois la réaction suppurative s'est manifestée. Or, nous le savons, les injections d'essence de térébenthine ne sont efficaces qu'à la condition de produire un abcès.

Le seul reproche qu'on puisse faire aux injections d'essence de térébenthine c'est qu'elles sont parfois très douloureuses ; les douleurs sont vives et ont duré chez certains sujets, plusieurs heures. Mais si nous n'oublions pas l'indication des injections : provoquer des abcès artificiels seulement dans des cas graves, il nous semble qu'il n'y a pas à hésiter entre la douleur et le danger extrême que court le malade, danger où chaque ressource est précieuse. Du reste on est toujours en état de soulager le malade par des injections de morphine ou de cocaïne.

M. Fochier a prévu une objection qu'on pourrait faire à sa méthode. On peut dire que les injections térébenthinées n'ont qu'une valeur pronostique et témoigne seulement si un individu est capable ou non de faire du pus, c'est-à-dire plus ou moins atteint. Mais d'après les observations d'abcès accidentels et artificiels, nous croyons pouvoir dire qu'indépendamment de la valeur pronostique de la médication térébenthinée, la méthode présente une valeur thérapeutique réelle.

Les faits, il faut l'avouer, sont encore très peu nombreux ; mais cela n'empêche pas la conviction. Nous pouvons dire en tout cas avec M. Fochier, que les injections d'essence de térébenthine paraissent avoir contribué à sauver quelques vies humaines.

CONCLUSIONS

1° Nous croyons que les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine ont contribué pour une bonne part à la guérison dans plusieurs cas de pneumonie grave.

2° On peut affirmer qu'elles sont absolument inoffensives et qu'elles n'ont jamais entravé l'évolution normale de la maladie.

3° C'est à l'abcès qu'il faut rapporter les bienfaits des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine.

Vu par le Président de la thèse,

DIEULAFOY

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

